

**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização em Enfermagem**  
**Comunitária**

Relatório de Estágio

**Promoção de uma Sexualidade Saudável em Adolescentes:**  
**Intervenções de Enfermagem em Saúde Escolar**

**Ana Rita Vieira Vicente**

**Lisboa**  
**2019**

Decorative green wavy lines in the bottom right corner of the page, consisting of several overlapping, curved shapes in various shades of green.

**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização em Enfermagem**  
**Comunitária**

Relatório de Estágio

**Promoção de uma Sexualidade Saudável em Adolescentes:**  
**Intervenções de Enfermagem em Saúde Escolar**

**Ana Rita Vieira Vicente**

Orientador: Prof. Doutor José Edmundo Xavier de Sousa

Coorientador: Sem coorientador

**Lisboa**

**2019**



À memória dos meus Pais.

Termino este caminho graças à Força do vosso Amor.

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, quero agradecer ao Professor Doutor José Edmundo Sousa, presente desde o primeiro momento. Obrigada pela sua disponibilidade permanente e pela atenciosa orientação que permitiu levar este projeto a bom porto.

À Enfermeira Especialista Susana Santos, obrigada pela simpatia e incentivo. Agradeço-lhe os momentos de aprendizagem e inspiração que transmitiu em todos os passos.

À Professora Maria João Ornelas, que me acolheu na escola com toda a amabilidade e profissionalismo, e que foi essencial para o sucesso deste projeto. Obrigada pela sua incansável dedicação.

Ao diretor da escola, o Professor Armando Pina, o meu agradecimento pela forma como tão bem me recebeu na sua comunidade escolar.

Agradeço a todos os professores que dispensaram algumas horas das suas aulas para a concretização das intervenções, com especial destaque ao professor Pedro Barata, pela sua colaboração e envolvimento sincero.

A todos os alunos da escola, obrigada pela vossa participação sempre interessada e amigável, e também pelos vossos contributos, que tanto me ensinaram, e que guardarei com enorme orgulho e carinho.

Agradeço aos docentes da ESEL pelo precioso conhecimento transmitido ao longo de todos estes meses, que se tornou nas pedras basilares deste trabalho.

A todos os meus colegas de curso, o meu agradecimento pela vossa singela amizade, pela partilha de experiências e pelos bons momentos que foram tantas vezes a melhor terapia anti-*stress*.

Ao meu companheiro, por toda a paciência, apoio (e ajuda técnica!), que foram fundamentais neste carrossel cheio de *loops*. Obrigada pela tua tranquilidade.

Termino, reforçando o meu mais sincero agradecimento a todos os que fizeram parte desta jornada!

## RESUMO

A adolescência é uma fase de mudança. A sexualidade, enquanto aspeto central do ser humano, é, nos adolescentes, origem de *stress* e preocupação. Por isso, deve ser um foco para os enfermeiros nos contextos escolares, onde as atividades de promoção da saúde são essenciais.

A intervenção comunitária teve como objetivo promover comportamentos saudáveis relacionados com a sexualidade e foi realizada na Escola Secundária Dr. José Afonso, na freguesia da Arrentela, Seixal. Foi utilizada a metodologia do Planeamento em Saúde e o referencial teórico foi o Modelo de Promoção da Saúde (MPS) de Nola Pender.

Este estudo é do tipo descritivo, exploratório e transversal. Recorreu-se ao questionário, "Promoção de uma Sexualidade Saudável em Adolescentes", desenvolvido pela Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem (UIDE), na área de investigação Promoção da Saúde & Literacia Emocional, no âmbito do projeto Sexualidade e Afetos, para obter um diagnóstico da situação de saúde na comunidade estudantil. Seleccionaram-se múltiplas estratégias, entre elas, a promoção da saúde, educação para a saúde e de incentivo à participação. Após comparação das respostas dadas pelos alunos, antes e depois das intervenções, os resultados mostraram que houve uma melhoria dos conhecimentos relacionados com comportamento sexual e namoro.

Considera-se que os objetivos desta intervenção comunitária foram cumpridos, enquanto permitiram à mestranda o desenvolvimento de competências específicas em Enfermagem de Saúde Comunitária.

**Palavras-chave:** sexualidade; adolescentes; saúde escolar; promoção da saúde; intervenções de enfermagem.

## **ABSTRACT**

Adolescence is a phase of change. Sexuality, as the central aspect of the human being, is, in adolescents, a source of stress and worry. Therefore, it should be a focus for nurses in the school context, where health promotion activities are essential.

The community intervention aims to promote healthy behaviors related to sexuality, and it was held at the Dr. José Afonso secondary school, in Arrentela, Seixal. The Health Planning Methodology was used, and the theoretical reference is the Nola Pender Health Promotion Model.

This is a descriptive, exploratory and cross-sectional study. The questionnaire "Promoting a Healthy Sexuality in Adolescents", developed by the Unit of Research and Development in Nursing, in the Health Promotion & Emotional Literacy research area, under the Sexuality and Affection project, was used to obtain a diagnosis of the health situation in the student community. Multiple strategies were selected, among them, health promotion, health education and participation fostering. After comparing the answers given by the students, before and after the interventions, the results showed that there were improvements in knowledge related to sexual behavior and dating. It is considered that the objectives of this community intervention were fulfilled, while allowing the master's degree student to develop specific expertise in Community Health Nursing.

**Keywords:** sexuality; adolescents; school health; health promotion; nursing interventions.

## LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓMIOS E SIGLAS

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ARSLVT	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
DGE	Direção-Geral da Educação
DGS	Direção-Geral da Saúde
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
EE	Encarregados de Educação
EpS	Educação para a Saúde
ES	Educação Sexual
IG	Interrupção da Gravidez
INE	Instituto Nacional de Estatística
IST	Infeções Sexualmente Transmissíveis
MPS	Modelo de Promoção de Saúde
PS	Promoção da Saúde
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAHO	<i>Pan American Health Organization</i>
PNS	Plano Nacional de Saúde
SHE	<i>Schools for Health in Europe Network Foundation</i>
UCC	Unidade de Cuidados à Comunidade
UE	União Europeia
UIDE	Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana
WHO	<i>World Health Organization</i>

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
1.1 Sexualidade e Saúde Sexual	15
1.2 Adolescência	17
1.3 Saúde Escolar	18
1.4 Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender	19
2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	22
2.1 Contextualização do local de intervenção	22
2.2 Técnicas e procedimentos de recolha de dados	23
2.3 População, população-alvo e amostra	26
2.4 Apresentação e análise dos resultados	27
2.4.1 Caracterização da amostra	27
2.5 Diagnósticos de Enfermagem	36
3. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES	37
4. FIXAÇÃO DE OBJETIVOS	38
5. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS	40
6. PREPARAÇÃO OPERACIONAL	43
7. AVALIAÇÃO	45
8. QUESTÕES ÉTICAS	48
CONCLUSÃO	49
REFERÊNCIAS	54
ANEXOS	

Anexo I: Questionário “Promoção de uma sexualidade saudável em adolescentes” e respetivas autorizações dos autores

Anexo II: Autorização do Diretor do ACES Almada-Seixal



Anexo III: Parecer da Comissão Nacional de Proteção de Dados

Anexo IV: Parecer intermédio da ARSLVT, resposta e parecer final

Anexo V: Declaração do professor orientador do estudo

Anexo VI: Autorização da Coordenadora da UCC Seixal

Anexo VII: Autorização de inquérito em meio escolar (DGE)

Anexo VIII: Autorização do Diretor da Escola Secundária Dr. José Afonso

## APÊNDICES

Apêndice I: *Scoping review* e PRISMA 2009 *Flow Diagram*®

Apêndice II: Cronograma de Atividades

Apêndice III: Autorização preenchida pelos Encarregados de Educação

Apêndice IV: Consentimento informado dos participantes

Apêndice V: Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender – adaptado

Apêndice VI: Cronograma de Gantt

Apêndice VII: Plano operacional das atividades

Apêndice VIII: Zona residencial dos participantes

Apêndice IX: Com quem vivem os participantes que não vivem com os pais

Apêndice X: Distribuição dos participantes pela escolaridade do pai

Apêndice XI: Distribuição dos participantes pela escolaridade da mãe

Apêndice XII: Disciplinas em que foram dadas sessões de Educação Sexual

Apêndice XIII: Resultados à questão “Já tiveste algum relacionamento amoroso?”

Apêndice XIV: Resultados à questão “Alguma vez tiveste relações sexuais?”

Apêndice XV: Utilização de método contraceutivo na primeira relação sexual

Apêndice XVI: Justificações para não utilização de método contraceutivo

Apêndice XVII: Manutenção da utilização de método contraceptivo

Apêndice XVIII: Resultados QACSES

Apêndice XIX: Resultados PANAS

Apêndice XX: Respostas à questão “Para mim, a sexualidade é...”

Apêndice XXI: Respostas à questão “Para mim, os afetos são...”

Apêndice XXII: Apresentação Power Point®

Apêndice XXIII: Resultados do questionário de satisfação

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1. Determinantes sociais: Modelo de Dahlgren e Whitehead

20

## **ÍNDICE DE TABELAS**

Tabela 1: Distribuição dos participantes pelo sexo

Tabela 2: Distribuição dos participantes pela idade (medidas de tendência central)

Tabela 3: Participantes que vivem com os pais

Tabela 4: Distribuição dos participantes por reprovação

Tabela 5: Alunos que tiveram educação sexual na escola em anos letivos anteriores

Tabela 6: Temas abordados nas sessões de ES

Tabela 7: Importância atribuída à ES na escola

Tabela 8: Como se sentem em relação aos assuntos abordados em ES

Tabela 9: Temas que os alunos gostariam de ver abordados nas sessões de ES

Tabela 10: Com quem falam os participantes sobre sexualidade

Tabela 11: Fontes de informação sobre sexualidade

Tabela 12: Medidas de tendência central sobre idade da primeira relação sexual

Tabela 13: Idade da primeira relação sexual

Tabela 14: Método contraceptivo utilizado na primeira relação sexual

Tabela 15: Distribuição do sexo dos participantes por resposta à questão 1 da parte C do questionário

Tabela 16: Distribuição do sexo dos participantes por resposta à questão 3 da parte C do questionário

Tabela 17: Distribuição do sexo dos participantes por resposta à questão 8 da parte C do questionário

Tabela 18: Dicionário de sinónimos

Tabela 19: Critérios Método Hanlon

Tabela 20: Aplicação do Método Hanlon aos diagnósticos de enfermagem

Tabela 21: Resultados QACSES antes e após atividades

## INTRODUÇÃO

Este relatório refere-se ao estágio realizado no terceiro semestre do 9.º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Comunitária que decorreu na Unidade de Cuidados à Comunidade (UCC) do Seixal, entre maio de 2018 e fevereiro de 2019, cuja intervenção foi implementada na Escola Secundária Dr. José Afonso.

No processo de desenvolvimento humano, a adolescência é marcada como uma fase de conflitos devido às mudanças físicas, biológicas, psicológicas e sociais inerentes a essa fase. (Weekes C., Haas B., Gosselin K. citados por Nery I., Feitosa J., Sousa A. e Fernandes A., 2015) Esta miríade de mudanças que ocorre nos adolescentes, coloca-os sob *stress*, o que pode ter consequências físicas e psicológicas. Compreender a sexualidade dos adolescentes tem implicações clínicas, jurídicas, sociais, culturais e implicações educacionais importantes (Kar, S. K., Choudhury, A., & Singh, A. P., 2015).

A exposição sexual durante a adolescência é motivo de grande preocupação devido ao risco de infeções sexualmente transmissíveis (IST), incluindo infeção por VIH/sida, gravidez na adolescência e parentalidade na adolescência. Compreender o desenvolvimento da sexualidade do adolescente é de extrema importância, pois sem esse entendimento, não se pode avançar para a intervenção clínica ou educacional (Kar et al, 2015).

Após a Carta de Ottawa (1986), *“a aposta na promoção da saúde em meio escolar contribuiu para a criação de condições que permitiram aos alunos desenvolver as suas potencialidades”* (Direção-Geral da Saúde, p.6, 2014). Por conseguinte, a escola é um local privilegiado para melhorar a saúde, a literacia e a educação de milhares de jovens (DGS, 2014). O enfermeiro especialista em saúde comunitária possui as competências necessárias para intervir nos contextos mais oportunos, nomeadamente nas comunidades educativas (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

O objetivo geral da intervenção comunitária foi promover estilos de vida saudáveis, relacionados com a sexualidade, em adolescentes do 11.º ano da referida escola, entre dezembro de 2018 e fevereiro de 2019.

Este relatório está dividido em três partes principais: na primeira parte, encontra-se o enquadramento teórico com os principais conceitos do projeto; na segunda parte, descrevem-se as fases da metodologia do Planeamento em Saúde da presente

intervenção; e, na terceira parte, conclui-se com uma reflexão e discussão sobre os resultados do projeto, sobre os impactos na comunidade e sobre os contributos para a Enfermagem de Saúde Comunitária.

# 1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Nas últimas três décadas houve uma rápida expansão da aplicação dos direitos humanos às questões de sexualidade e saúde sexual, particularmente relacionadas com a proteção contra a discriminação e a violência, a proteção da liberdade de expressão e associação, privacidade e outros direitos, para as mulheres, homens, transexuais e intersexuais, adolescentes e outros grupos populacionais (*World Health Organization*, 2015).

A adolescência é, geralmente, um momento de aprendizagem e exploração, particularmente no que diz respeito à identidade sexual. É cada vez mais reconhecido que o atendimento às dimensões positivas da saúde sexual na educação em saúde sexual é importante não só em termos do aumento da eficácia das intervenções para VIH e outras IST e prevenção da gravidez (Philpott A, Knerr W, Boydell V. citados por Bailey J, Mann S, Wayal S, Hunter R, Free C, Abraham C., Murray E., 2015), mas também para facilitar aos jovens o acesso à informação e aos recursos para permitir que tenham uma vida sexual prazerosa e satisfatória (Bailey J, et al., 2015).

Durante décadas e em muitos países, as escolas têm sido vistas como um importante cenário para políticas e atividades de promoção da saúde e prevenção de uma ampla variedade de problemas relacionados com a saúde sexual (Chilton, R., Pearson, M. & Anderson, R., 2015).

## 1.1 - Sexualidade e saúde sexual

No relatório da Organização Mundial de Saúde referente a um encontro ocorrido em 1983, definiu-se sexualidade humana como:

“Sexuality is an integral part of the personality of everyone: man, woman and child. It is a basic need and an aspect of being human that cannot be separated from other aspects of life. Sexuality is not synonymous with sexual intercourse, it is not whether we have orgasm or not, and it is not the sum total of our erotic lives. These may be part of our sexuality but equally they may not. Sexuality is so much more: it is the energy that motivates us to find love, contact, warmth and intimacy; it is expressed in the way we feel, move, touch and are touched; it is about being sensual as well as being sexual. Sexuality influences thoughts, feelings, actions, interactions, and thereby our mental and physical health. Since health is a fundamental human

right, so must Sexual Health also be a basic human right”<sup>1</sup> (Langfeldt, T. & Porter, M., 1983, p.5, citados por PAHO & WHO, 2000, p. 50).

Desde então, muitos desenvolvimentos ocorreram na área da sexualidade humana, assim como noutras áreas do conhecimento, permitindo enriquecer a compreensão deste fenómeno (PAHO & WHO, 2000).

Atualmente, entende-se a sexualidade como um aspeto central do ser humano, que existe ao longo da vida; engloba o sexo, identidades e papéis de género, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade é experimentada e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos. Embora a sexualidade possa incluir todas essas dimensões, nem todas elas são sempre experimentadas ou expressas. A sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, legais, históricos, religiosos e espirituais (WHO, 2015).

A saúde sexual é, hoje, amplamente entendida como um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social em relação à sexualidade. Engloba não apenas certos aspetos da saúde reprodutiva — tais como ser capaz de controlar a fertilidade através de acesso à contraceção e ao aborto, livre de IST, disfunção sexual e sequelas relacionadas com a violência ou a mutilação genital feminina — como também a possibilidade de ter prazer e segurança nas experiências sexuais, livre de coerção, discriminação e violência (WHO, 2015).

A capacidade dos indivíduos para alcançar saúde e bem-estar sexual depende do seu acesso a informações abrangentes sobre sexualidade, conhecimento sobre os riscos que enfrentam, vulnerabilidade às consequências adversas da atividade sexual, acesso a cuidados de saúde sexual de boa qualidade e acesso a um ambiente que afirma e promove a saúde sexual (WHO, 2015).

O acesso à informação e à educação, em relação à sexualidade e à saúde sexual, é essencial para permitir que as pessoas protejam a sua saúde e tomem decisões informadas sobre as suas vidas sexuais e reprodutivas. A evidência

---

<sup>1</sup> A sexualidade é parte integrante da personalidade de todos: homem, mulher e criança. É uma necessidade básica e uma característica de se ser humano que não pode ser separada de outros aspetos da vida. Sexualidade não é sinónimo de relação sexual, não é se temos orgasmo ou não, e não é a soma total das nossas vidas eróticas. Estes podem ser parte da nossa sexualidade, mas também podem não ser. A sexualidade é muito mais: é a energia que nos motiva a encontrar amor, contacto, calor e intimidade; é expressa na maneira como nos sentimos, nos movemos, tocamos e somos tocados; é sobre ser sensual, e ao mesmo tempo sexual. A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, ações, interações e, consequentemente, a nossa saúde mental e física. Sendo a saúde um direito humano fundamental, a saúde sexual também deve ser um direito humano básico.



demonstra que o acesso a essas informações está associado a resultados positivos na saúde. Leis e regulamentos que excluem tópicos específicos da educação e informação sobre sexualidade, ou excluem certas pessoas do acesso à educação sexual, têm consequências prejudiciais para a saúde sexual (WHO, 2015).

## 1.2 - Adolescência

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define adolescentes como as pessoas que têm entre 10 e 19 anos de idade. A grande maioria dos adolescentes está, portanto, incluída na definição baseada na idade de “criança”, adotada pela Convenção sobre os Direitos da Criança.<sup>2</sup>

Contudo, estas definições podem variar consoante as leis em vigor nos respetivos países (Carrilho, 2015). Neste trabalho, a definição tomada como referência será o da OMS, supramencionada.

De acordo com Carrilho (2015), a complexidade em precisar conceitos como a infância, a adolescência e a juventude, decorre do facto de estas serem fases de transição, sequentes e por vezes coincidentes, nas quais a idade não é o único elemento que determina a passagem à fase seguinte. Para efeitos estatísticos, *“demarcar os limites de idade que classificam uma pessoa como criança ou adolescente é imprescindível (...) [mas] dificilmente traduz a dimensão biológica, física e psicológica destas fases de desenvolvimento do ser humano”* (Carrilho, 2015, p.60).

Segundo o Eurostat citado por Carrilho (2015), em janeiro de 2014, os adolescentes (15-19 anos) em Portugal representavam 5,3% da população. Em 2060, as projeções indicam que se situarão nos 4,2% (Carrilho, 2015).

Segundo Carrilho (2015), Portugal tem ocupado um dos primeiros lugares na taxa de fecundidade das adolescentes da União Europeia (UE). Em 2003, primeiro ano para o qual o Eurostat divulga dados para o conjunto dos 28 países da UE, Portugal situava-se numa posição superior à média comunitária. Em dez anos, a taxa baixou em 47,7%, colocando Portugal num valor abaixo da média da UE, graças a políticas de saúde como melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde (métodos contraceptivos gratuitos, consultas de planeamento familiar sem ser necessária

---

<sup>2</sup> UNICEF Portugal (2018). Convenção sobre os Direitos da Criança. Acedido em <https://bit.ly/2L9dJkp> a 11 de julho de 2018

maioridade ou autorização do responsável legal) e alterações na legislação, como o aumento da escolaridade obrigatória (Carrilho, 2015).

A proporção de Interrupção da Gravidez (IG) praticada por adolescentes mantém uma importância relativa no total das interrupções, a rondar os 11%, com uma perda de 0,6 p.p. entre 2008 e 2014 (10,8%) (Carrilho, 2015).

Os adolescentes devem percorrer de forma bem-sucedida os vários estágios de desenvolvimento sexual, a fim de se tornarem adultos bem-adaptados, com uma identidade, funcionalidade e capacidade sexual bem estabelecidos (Merrick, J., Tenenbaum, A., Omar, H., 2013).

### 1.3 - Saúde escolar

Ao longo da sua história em Portugal, a Saúde Escolar tem sofrido alterações, desde o seu início, em 1901. Desde os Centros de Medicina Pedagógica, extintos em 1993, até ao novo Programa de Saúde Escolar de 2014<sup>3</sup>, a inovação e a reflexão têm sido essenciais para o desenvolvimento das capacidades dos alunos e, consequentemente, para um futuro mais saudável de todos os cidadãos (Direção-Geral da Saúde, 2014).

Portugal integra a *Schools for Health in Europe Network Foundation* (SHE), que visa apoiar o desenvolvimento e implementação da promoção da saúde escolar na região europeia e mundial. Esta entidade define a promoção da saúde escolar, como uma implementação, na escola, de um plano estruturado e sistemático para a saúde e o bem-estar de todos os alunos e do pessoal docente e não docente.<sup>4</sup>

A Carta de Ottawa (1986) abriu caminho para a promoção da saúde em meio escolar, com o reconhecimento deste contexto como parte fundamental da capacitação e aprendizagem em todas as fases da vida<sup>5</sup>.

Atualmente, o Plano Nacional de Saúde — Revisão e Extensão a 2020 (DGS, 2015), que constitui o pilar estratégico das políticas de saúde em Portugal, reflete as medidas consideradas mais relevantes para a obtenção de ganhos em saúde dos

---

<sup>3</sup> Circular normativa N.º 7. Programa Nacional de Saúde Escolar. *Diário da República* 2.ª série, n.º 110, de 7 de junho de 2006

<sup>4</sup> SHE (2018). Schools For Health. Acedido em <http://www.schools-for-health.eu/she-network> a 8 de julho de 2018

<sup>5</sup> Direção-Geral da Saúde (2019). A Promoção da Saúde - A Carta de Ottawa. Acedido em <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/carta-de-otawa-1986.aspx> a 31 de janeiro de 2019

residentes em Portugal. Este documento preconiza, tal como sugerido na Carta de Ottawa (1986), um investimento na saúde dos cidadãos ao longo de todo o ciclo de vida (DGS, 2015).

#### **1.4 - Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender**

Após a Carta de Ottawa, a Carta de Bangkok para a Promoção da Saúde no Mundo Globalizado (2005), fez um apelo à tomada de medidas concretas, que tornassem a promoção da saúde num compromisso e numa responsabilidade central de todos os governos<sup>6</sup>. Este documento levou a promoção da saúde de um modelo individual de educação sobre estilos de vida, para um modelo social ecológico que aborda os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) (Pender, 2014b).

Atualmente, encontrou-se um certo consenso relativamente à importância dos DSS na situação de saúde (Buss, P. & Filho, A., 2007). Estes podem ser agrupados nas seguintes categorias:

“(...) fixos ou biológicos (idade, sexo, fatores genéticos); sociais e económicos (pobreza, emprego, posição socioeconómica, exclusão social); ambientais (habitat, qualidade do ar, qualidade da água, ambiente social); estilos de vida (alimentação, atividade física, tabagismo, álcool, comportamento sexual); acesso aos serviços (educação, saúde, serviços sociais, transportes, lazer)” (George, p. 1, 2011)

O principal desafio dos estudos sobre as relações entre determinantes sociais e saúde consiste em estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, económica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, já que a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito (Buss, P. & Filho, A., 2007).

Um dos modelos que procura esquematizar estas relações é o modelo de Dahlgren e Whitehead, que coloca os DSS em diferentes camadas, desde uma mais próxima dos determinantes individuais até uma camada distal, onde se situam os macro determinantes (Figura 1.)

---

<sup>6</sup> WHO (2018). The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World Acedido em <https://bit.ly/2kxTBh8> a 12 de julho de 2018



**Figura 1. Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead (Buss, P. & Filho, A., 2007).**

Os indivíduos e a suas características individuais estão na base do modelo, exercendo influência sobre o seu potencial e as suas condições de saúde. Na camada imediatamente externa, encontram-se os estilos de vida. Esta camada está situada no limiar entre os fatores individuais e os DSS, uma vez que:

“(...) os comportamentos, muitas vezes entendidos apenas como de responsabilidade individual, dependentes de opções feitas pelo livre arbítrio das pessoas, na realidade podem também ser considerados parte dos DSS, já que essas opções estão fortemente condicionadas por determinantes sociais — como informações, propaganda, pressão dos pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer etc.” (Buss, P. & Filho, A., p. 83, 2007).

A camada seguinte destaca a influência das redes sociais e comunitárias, que expressa o nível de coesão social, fundamental para a saúde da sociedade como um todo. No próximo nível estão representados os fatores relacionados com condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais (saúde e educação). Finalmente, no último nível, estão situados os macro determinantes relacionados com as condições económicas, culturais e ambientais da

sociedade e que possuem grande influência sobre as demais camadas (Buss, P. & Filho, A., 2007).

Assim, a Promoção da Saúde (PS) é considerada uma combinação de educação e apoios ecológicos para ações e condições de vida que conduzem à saúde, deixando de ser considerada um objetivo ou desejo, e passando a ser um processo ou um instrumento facilitador para alcançar os objetivos (Pender, 2014b).

O MPS de Nola Pender (Apêndice V), publicado pela primeira vez em 1990, pretende ser um guia para explorar o complexo processo biopsicossocial que motiva indivíduos a envolverem-se em comportamentos promotores de saúde (Pender, 2014b). Na prática, este modelo é usado para implementar e avaliar ações de promoção da saúde, permitindo avaliar o comportamento pelo estudo da relação entre três pontos principais: as características e experiências individuais, os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar e o comportamento de promoção da saúde desejável (Fonseca Victor, J., & de Oliveira Lopes, M., & Barbosa Ximenes, L., 2005).

## 2 - DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Foi utilizada a metodologia do Planeamento em Saúde, constituído pelas etapas: diagnóstico da situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução e avaliação (Imperatori, E., Giraldes, M., 1986). Na fase de projeto desta intervenção comunitária, foi construído um Cronograma de Atividades (Apêndice II), que sofreu alguns atrasos na sua execução.

Segundo Tavares (1990), o Planeamento em Saúde é *“um processo contínuo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir os objectivos determinados segundo a ordem de prioridades estabelecida, permitindo escolher a(s) solução(ões) óptima(s) entre várias alternativas”*. (Tavares, 1990, p. 29) O Planeamento em Saúde procura *“um estado de saúde através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, incluindo mudanças do comportamento das populações”* (Tavares, 1990, p. 37).

O diagnóstico da situação deverá responder às necessidades de saúde da população e, esta concordância, determinará a pertinência do plano, programa e atividades (Imperatori, E., Giraldes, M., 1986). O processo de implementação das intervenções esteve dependente dos problemas encontrados (diagnóstico da situação) e das prioridades definidas, tendo em conta os dados recolhidos. A técnica de priorização utilizada foi o Método de Hallon. Em parceria com a UCC do Seixal, no âmbito da Saúde Escolar, e também com o Programa de Educação para a Saúde (PES) da referida escola, foi planeado o agendamento de sessões com os alunos, com vista à implementação das intervenções. Estas sessões ocorreram entre dezembro de 2018 e janeiro de 2019, finalizando com a avaliação de conhecimentos em fevereiro de 2019. Todas as sessões foram agendadas com a colaboração dos diretores de turma.

### 2.1 - Contextualização do local de intervenção

A Escola Secundária Dr. José Afonso está situada na freguesia da Arrentela, concelho do Seixal, distrito de Setúbal. Existe há mais de 50 anos, tendo sido a primeira escola secundária do concelho (Inspeção-Geral da Educação e Ciência, 2013).

A população escolar é constituída por 1362 alunos, dos quais 687 frequentam o ensino secundário (24 turmas de cursos científico-humanísticos e 1 turma do curso Tecnológico de Desporto). 6,5% dos alunos são estrangeiros, maioritariamente de países africanos com língua oficial portuguesa e do Brasil (Inspeção-Geral da Educação e Ciência, 2013). O departamento de Ação Social Escolar constatou que, 85% dos alunos não beneficiam de auxílios económicos e, perto de metade dos Encarregados de Educação (EE) tem formação secundária ou superior (Inspeção-Geral da Educação e Ciência, 2013).

Para obtenção de autorização do diretor da escola/agrupamento de escolas, foi agendada e concedida uma reunião de apresentação global do projeto. Na fase inicial do diagnóstico de situação, foi agendada reunião com a professora responsável pelo PES, para apresentação do projeto. Considera-se que, o facto de a escola apresentar necessidades no âmbito da educação sexual foi facilitador do processo. Posteriormente, a professora do PES articulou, junto dos diretores de turma, a distribuição das autorizações dos EE e agendou a distribuição dos consentimentos informados e questionários aos alunos, após receção das respetivas autorizações.

## **2.2 - Técnicas e procedimentos de colheita de dados**

A estatística é uma ferramenta fundamental para a análise e interpretação de dados e para a elaboração de conclusões fundamentadas a partir da análise desses dados (Maroco, 2007). Considera-se este estudo do tipo descritivo e exploratório. O mesmo pretende explorar e descrever fenómenos e/ou características de uma população, e identificar relações (Fortin, 1996). O inquérito utilizado foi do tipo transversal, que visa recolher informação relativa à frequência de problemas no momento do inquérito (Fortin, 1996).

Para obter um diagnóstico de situação, foi aplicado o instrumento de colheita de dados: "Promoção de uma Sexualidade Saudável em Adolescentes", sobre o qual foi concedida autorização dos investigadores e autores, para a sua utilização. Este instrumento é composto por cinco partes: 1) dados sociodemográficos; 2) informação sobre sexualidade; 3) questionário de atitudes e crenças sobre sexualidade e educação sexual (Carvalho, Pinheiro, Augusto e Vilar, 2016); 4) escala de afetos positivos e negativos (Galinha & Ribeiro, 2005) e, 5) duas questões de resposta aberta sobre sexualidade.

O Questionário de Atitudes e Crenças sobre Sexualidade e Educação Sexual (QACSES) foi validado para uma população de adolescentes portugueses, com uma amostra composta por 1400 pessoas entre os 12-18 anos de idade, a frequentar maioritariamente o ensino secundário (Carvalho, C., Pinheiro, M., Augusto, J. e Vilar, D., 2016). *“A escala é composta por três variáveis latentes (crenças associadas ao género e contraceção, crenças associadas à violência no namoro, género e comportamento sexual e crenças associadas à relação amorosa) e 17 variáveis observadas (17 itens)”* (Carvalho, C., Pinheiro, M., Augusto, J. e Vilar, D., p. 354, 2016). O instrumento apresenta boas características psicométricas e indicadores de boa consistência interna, pelo que pode ser útil para as escolas e organizações que pretendam planear intervenções educativas de prevenção dos comportamentos sexuais de risco e de promoção de comportamentos preventivos (Carvalho, C., Pinheiro, M., Augusto, J. e Vilar, D., 2016).

A escala de afetos positivos e negativos (PANAS) foi originalmente desenvolvida por Watson, Clark e Tellegen (1988) para medir o Afeto Positivo e o Afeto Negativo, definidos como dimensões gerais que descrevem a experiência afetiva dos indivíduos (Galinha, I., Pereira, C. & Esteves, F., 2014). Foi validada em várias culturas e em diferentes línguas, o que implica ter em conta aspetos da tradução das emoções quando se realiza a adaptação de escalas originárias de línguas diferentes (Galinha, I., Pereira, C. & Esteves, F., 2014). Galinha e Ribeiro (2005) tiveram a preocupação de respeitar as especificidades da língua portuguesa e partiram da tradução dos 60 itens originais de Zevon e Tellegen (1982), seguindo o processo de seleção das 20 emoções que constituem a escala final, tal como os autores da PANAS original (Galinha, I., Pereira, C. & Esteves, F., 2014).

Para analisar as partes do questionário que continham questões de resposta aberta, foi utilizado, como referência, o processo de análise proposto por Bardin, na década de 70, que é composto por três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material, 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação (Vosgerau, D., Pocrifka, D. & Simonian, M., 2016). *“A análise de conteúdo procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça”* (Bardin, p. 44, 1977). As questões que sofreram esta análise foram: a última questão dos dados sociodemográficos (“Indica os assuntos que gostarias que fossem abordados/esclarecidos no âmbito da ES”), as questões 6 e 7 relativas a informação sobre sexualidade (“Na tua primeira vez usaste algum método contraceutivo? Não,



porquê?”, e “Se ainda manténs algum relacionamento, continuas a usar algum método contraceptivo? Não, porquê?”), e as duas últimas questões, onde se pede para completar, com duas palavras, o que, para os próprios, é sexualidade e o que são os afetos. Foi construído um dicionário de sinónimos, que permitiu agrupar, por proximidade de significado, as respostas a estas questões e, posteriormente, submetê-las à análise de conteúdo.

Como referem Quivy e Campenhoudt (1995), os questionários podem classificar-se em *de administração indireta*, quando é o investigador a completar as respostas que lhe são transmitidas, e *de administração direta*, quando é o próprio inquirido que o preenche (Quivy, R. & Campenhoudt, L., 1995). Neste caso, são de administração direta, pois os questionários foram preenchidos pelos alunos. O preenchimento ocorreu após assinatura do consentimento informado dos mesmos e após autorização dos EE. Os diretores de turma ficaram responsáveis pela entrega destes documentos.

Numa fase inicial, realizou-se um pré-teste a duas turmas que cumpriram os critérios de inclusão, utilizando uma amostragem não probabilística de conveniência. Segundo Aguiar (2007), as técnicas de amostragem não probabilísticas têm sempre o interesse de lançar pistas para futuros estudos de investigação, ou mesmo, para um pré-teste, se testar aspetos operacionais e metodológicos, envolvidos numa futura investigação. Um pré-teste consiste num ensaio de um instrumento de medida ou de um equipamento antes da sua utilização em maior escala (Fortin, 1996). Após aplicação do pré-teste, obteve-se 45 questionários, submetidos posteriormente aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Depois da apreciação dos mesmos, verificou-se a necessidade de proceder a ligeiras alterações estruturais do questionário, por forma a facilitar o seu preenchimento e posterior interpretação dos dados, evitando também respostas nulas e questionários não válidos. O conteúdo não foi alterado.

Após preenchimento, os questionários foram codificados e, posteriormente, os dados tratados estatisticamente recorrendo aos programas *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®) e *Excel*®. Foi utilizada a estatística descritiva para analisar os dados, nomeadamente a distribuição de frequências, as medidas da tendência central (média, moda, mediana) e medida de dispersão (desvio padrão). Para analisar o grau de associação entre as variáveis, foi utilizada a correlação de *Spearman*, que é uma análise de correlação utilizada em estatística não paramétrica, e é adequada

para casos em que as variáveis em análise são numéricas ou ordinais, e quando não existe a necessidade de se estabelecer um modelo de regressão, “*para o caso de as variáveis não terem distribuição aproximadamente Normal*” (Aguilar, p. 181, 2007).

A informação recolhida foi guardada num armário fechado à chave na sala de coordenação da UCC, também ela fechada à chave. Após o término do trabalho a informação foi destruída na presença do Enfermeiro Orientador e da Enfermeira Coordenadora da UCC.

### **2.3 - População, população-alvo e amostra**

Definiu-se como população os alunos da Escola Secundária Dr. José Afonso, do concelho do Seixal e, como população-alvo, os alunos do 11.º ano da referida escola. Desta população-alvo, foi obtida uma amostra não probabilística, intencional, accidental (de conveniência), marcada no tempo (1-30 novembro de 2018). Para obtenção da amostra, foram aplicados critérios de inclusão e exclusão.

Definiram-se os seguintes critérios de inclusão:

- Adolescentes que frequentam o 11.º ano da Escola Secundária Dr. José Afonso;
- Pessoas com idades até aos 19 anos;

Foram definidos como critérios de exclusão:

- Pessoas que não estejam presentes no momento da distribuição dos questionários;
- Pessoas com mais de 19 anos de idade;
- Questionários não preenchidos na totalidade (escalas e/ou questões fechadas).

Dos 45 alunos que preencheram os questionários, 8 apresentavam critérios de exclusão, pelo que, desses 45, foram considerados válidos 37 questionários. Dentro do limite temporal estipulado para preenchimento dos questionários, não foi possível obter autorizações de mais EE, o que leva a que a amostra para o pré-teste seja considerada a amostra final. A não obtenção de autorizações de mais EE deveu-se a alunos que não devolveram as autorizações neste limite temporal e alunos cuja autorização foi negada.

## 2.4 - Apresentação e análise dos resultados

Por forma a facilitar a apresentação dos resultados e a respetiva análise, serão utilizadas tabelas. Algumas delas encontram-se em apêndice.

### 2.4.1 - Caracterização da amostra

#### Dados sociodemográficos

Os dados sociodemográficos são variáveis independentes que podem ser medidos de forma nominal, ordinal ou numérica (Aguiar, 2007). Os dados apontam para uma amostra homogênea de rapazes e raparigas, apresentando um total de 19 rapazes (51,4%) e 18 raparigas (48,6%) (tabela 1).

<b>Sexo</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>
<b>Masculino</b>	19	51,4
<b>Feminino</b>	18	48,6
<b>Total</b>	37	100,0

Tabela 1 – Distribuição dos participantes pelo sexo

A idade é uma variável quantitativa contínua. A distribuição dos participantes mostra que 75,7% têm 16 anos, correspondendo à idade mais frequentemente observada na distribuição, isto é, à moda (tabela 2).

<b>Média</b>	<b>Moda</b>	<b>Mediana</b>	<b>Desvio padrão (s)</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
15,86	16,00	16	0,48	15	17

Tabela 2 – Distribuição dos participantes pela idade (medidas de tendência central)

Os restantes 18,9% têm 15 anos e 5,4% têm 17 anos. Podemos ainda verificar, na mesma tabela, que a moda e a mediana correspondem ao mesmo valor. Segundo Fortin (1996), a mediana constitui uma melhor medida da tendência central da idade dos sujeitos do que a média, como é frequentemente o caso para uma pequena amostra como a que aqui se apresenta.

Relativamente a outros dados sociodemográficos obtidos, todos os 37 inquiridos vivem em zona urbana (apêndice VIII), dos quais 81% vivem com os pais (tabela 3). Aqueles que não vivem com os pais, vivem com a mãe (42,8%), com a mãe e irmão (28,6%), com a mãe e padrasto (14,3%) e, com a avó e irmã (14,3%) (apêndice IX).

Habitam com os pais	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
<b>Sim</b>	30	81,1
<b>Não</b>	7	18,9
<b>Total</b>	37	100

Tabela 3 – Participantes que vivem com os pais

No que diz respeito à escolaridade dos EE (apêndices X e XI), verifica-se que, dos alunos que selecionaram o pai, 37,5% das vezes este é detentor de ensino secundário e as mesmas 37,5% do ensino superior. No caso da mãe, 37,8% têm ensino superior e 45,7% têm ensino secundário. As restantes percentagens referem-se a ensino básico (9.º ano) e ensino primário (4.º ano), representando uma percentagem cumulativa de 25% no caso do pai e 16,2% no caso da mãe. Estes dados vão de encontro à evidência que demonstra que as mulheres ultrapassam os homens, em número, quanto à escolaridade. Em Portugal, segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), a percentagem de mulheres portuguesas com ensino secundário e superior, ultrapassa a dos homens<sup>7</sup>.

De todos os participantes, 8% reprovaram de ano pelo menos uma vez (tabela 4).

Reprovação	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
<b>Sim</b>	3	8,1
<b>Não</b>	34	91,9
<b>Total</b>	37	100

Tabela 4 – Distribuição dos participantes por reprovação

Relativamente à ES na escola, a maioria dos alunos (89,2%) referem que tiveram ES em anos anteriores (tabela 5).

ES na escola	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
<b>Sim</b>	33	89,2
<b>Não</b>	4	10,8
<b>Total</b>	37	100,0

Tabela 5 – Alunos que tiveram educação sexual na escola em anos letivos anteriores

Das disciplinas no âmbito das quais foi dada ES (apêndice XII), as três mais assinaladas foram Biologia (78,8%), Educação Física (60,6%) e Ciências da Natureza (53,1%).

<sup>7</sup> INE (2018). Portal Oficial – Instituto Nacional de Estatística. Acedido em <https://bit.ly/2iQE9te> a 31 dezembro de 2018

Os temas abordados selecionados pelos alunos foram: métodos contraceptivos (100%), IST (97%), adolescência (90,9%), sexualidade (87,9%), reprodução humana (48,5%) e dados estatísticos (9,1%) (tabela 6).

<b>Temas abordados</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>
<b>Métodos contraceptivos</b>	33	23,1
<b>IST</b>	32	22,4
<b>Adolescência</b>	30	21
<b>Sexualidade</b>	29	20,3
<b>Reprodução humana</b>	16	11,2
<b>Dados estatísticos</b>	3	2,1
<b>Total</b>	143	100,0

Tabela 6 – Temas abordados nas sessões de ES

Segundo a tabela 7, considera-se que toda a amostra entende a ES na escola como importante, e considera-se informada sobre os assuntos abordados (tabela 8).

<b>Importância da ES</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>
<b>Importante</b>	36	97,3
<b>Pouco importante</b>	1	2,7
<b>Total</b>	37	100,0

Tabela 7 – Importância atribuída à ES na escola

	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>
<b>Informado</b>	36	97,3
<b>Pouco informado</b>	1	2,7
<b>Total</b>	37	100,0

Tabela 8 – Como se sentem em relação aos assuntos abordados em ES

Relativamente aos assuntos que os alunos gostariam que fossem abordados/esclarecidos no âmbito da ES, 37,5% mencionaram os temas que já têm sido abordados em anos letivos anteriores (não especificaram), 16,7% gostariam de abordar o tema das doenças, 12,5% destacam os métodos contraceptivos e 8,3% gostariam de esclarecer informações sobre gravidez. Outros temas mencionados foram: namoro, intimidade, comportamentos de risco e reprodução (tabela 9). Estes dados revelam que as necessidades e os interesses dos alunos vão de encontro aos temas que já são abordados no âmbito da ES.

<b>Temas</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>
<b>Temas abordados anteriormente</b>	9	34,7
<b>Doenças</b>	5	19,2
<b>Métodos contraceptivos</b>	4	15,4
<b>Gravidez</b>	2	7,7
<b>Namoro</b>	2	7,7
<b>Comportamentos de risco</b>	2	7,7
<b>Relações sexuais</b>	1	3,8
<b>Reprodução humana</b>	1	3,8
<b>Total</b>	26	100,0

Tabela 9 – Temas que os alunos gostariam de ver abordados nas sessões de ES

#### Informação sobre Sexualidade

Quando questionados sobre com quem falam sobre sexualidade, 91,9% dos inquiridos referem falar com amigos e 40,5% dos inquiridos optam por falar com enfermeiros. 21,6% dizem que é com o(a) namorado(a) com quem falam sobre o tema da sexualidade. No que diz respeito à família, 18,9% referem falar com a mãe, 13,5% com irmãos(ãs) e 10,8% com o pai. Os professores são escolhidos por 10,8% e os médicos por 8,1% (tabela 10). Outras fontes de informação para os alunos são: internet (73%), experiência própria (27%), filmes (24,3%), livros (21,6%) e televisão (16,2%) (tabela 11).

<b>Com quem se informa sobre sexualidade</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>
<b>Amigo(a)</b>	34	42,5
<b>Enfermeiro(a)</b>	15	18,8
<b>Namorado(a)</b>	8	10,0
<b>Mãe</b>	7	8,8
<b>Irmão(ã)</b>	5	6,3
<b>Pai</b>	4	5,0
<b>Professor</b>	4	5,0
<b>Médico(a)</b>	3	3,8
<b>Total</b>	80	100,0

Tabela 10 – Com quem se informam os participantes sobre sexualidade

<b>Fontes</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>
<b>Internet</b>	27	40,9
<b>Experiência própria</b>	10	15,2
<b>Filmes</b>	9	13,6
<b>Livros/ revistas</b>	8	12,1
<b>Televisão</b>	6	9,1
<b>Nenhuma</b>	6	9,1
<b>Total</b>	66	100,0

Tabela 11 – Fontes de informação sobre sexualidade

Estes dados revelam que são os amigos e a internet que funcionam como principal suporte de informação para as experiências e dúvidas relacionadas com sexualidade. Embora a percentagem de alunos que consulte o enfermeiro seja animadora, o acesso a informação fidedigna mostra-se comprometido nestes participantes.

Mais de metade dos alunos que constituem a amostra já tiveram um relacionamento amoroso (apêndice XIII) e 35,1% referem ter tido relações sexuais (apêndice XIV). Dos treze alunos que referem ter tido relações sexuais (tabelas 12 e 13), a maioria teve a primeira experiência aos 15 anos (61,5%). Três alunos referiram ter iniciado a primeira relação sexual aos 16 anos (23,1%) e dois aos 14 anos (15,4%).

Ao contrário de um estudo realizado com 4494 alunos entre os 15 e os 18 anos, que revelou números significativos da iniciação sexual tão precoces quanto 13, 12 e 11 anos de idade ou menos, os alunos deste projeto não assinalaram idade de início da relação sexual inferior aos 14 anos. No entanto, a amostra tem em comum com o estudo citado o facto da maioria dos alunos ter tido a primeira experiência aos 15 anos (Young, H., Burke, L. & Gabhainn, S., 2018).

<b>Média</b>	<b>Moda</b>	<b>Mediana</b>	<b>Desvio padrão (s)</b>
15,08	15,00	15	0,64

Tabela 12 – Medidas de tendência central sobre idade da primeira relação sexual

<b>Idade da 1.ª relação sexual</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>
<b>14</b>	2	15,4
<b>15</b>	8	61,5
<b>16</b>	3	23,1
<b>Total</b>	13	100,0

Tabela 13 – Idade da primeira relação sexual

Na primeira relação sexual, 30,8% dos inquiridos não utilizaram método contraceptivo (apêndice XV), sendo que a maioria não ofereceu justificação específica

(apêndice XVI). Um dos inquiridos declarou que seria a primeira relação sexual de ambos, o que revela desconhecimento ou indiferença relativamente ao risco de gravidez, no caso de se referir a uma relação heterossexual. Dos 69,2% que utilizaram método contraceutivo, todos escolheram entre a pílula ou o preservativo (tabela 14). Desses, 70% referem continuar a usar método contraceutivo (apêndice XVII). A percentagem de inquiridos que não utilizou qualquer método contraceutivo na primeira relação sexual é de assinalar como significativa.

<b>Método contraceutivo</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>
<b>Preservativo</b>	8	88,9
<b>Pílula</b>	1	11,1
<b>Total</b>	9	100,0

Tabela 14 – Método contraceutivo utilizado na primeira relação sexual

#### Parte C – Questionário de Atitudes e Crenças sobre Sexualidade e Educação Sexual (Carvalho, Pinheiro, Augusto e Vilar, 2016)

Para apresentar os resultados do QACSES, foram agrupadas as respostas em três categorias, das cinco iniciais. Isto é, as duas opções de «discordo» serão agrupadas, assim como as duas de «concordo», e a opção de «nem discordo nem concordo», permanecerá (apêndice XVIII).

Relativamente ao ponto 1, os números mais relevantes dizem respeito aos que responderam «não discordo nem concordo». A opção por este item revela neutralidade em relação à afirmação e, por isso, merece destaque nesta análise. A percentagem de alunos que responderam «concordo» também é significativa, sobretudo se tivermos em conta que destes quase todos são rapazes. Foram também os rapazes que assinalaram discordar da afirmação metade das vezes das raparigas, como se pode observar na tabela 15.

<b>Sexo</b>	<b>Discordo</b>	<b>Não discordo/nem concordo</b>	<b>Concordo</b>
<b>Rapariga</b>	27% (10)	18,9% (7)	2,7% (1)
<b>Rapaz</b>	13,6% (5)	21,6% (8)	16,2% (6)
<b>Total: 100% (37)</b>			

Tabela 15 – Distribuição do sexo dos participantes por resposta à questão 1 da parte C do questionário

21,6% dos alunos concordaram que fazer ciúmes é normal na relação de namoro (ponto 3), sendo que esta percentagem representa mais do dobro de rapazes em relação às raparigas (tabela 16). 13,5% dos alunos concordaram que o vestuário das raparigas reflete as suas expectativas em relação ao que esperam dos rapazes.



Se considerarmos a percentagem cumulativa do «concordo» e do «não discordo/nem concordo», a percentagem atinge os 27% (tabela 17).

<b>Sexo</b>	<b>Discordo</b>	<b>Não discordo/ nem concordo</b>	<b>Concordo</b>
<b>Rapariga</b>	32,4% (12)	10,9% (4)	5,4% (2)
<b>Rapaz</b>	29,7% (11)	5,4% (2)	16,2% (6)
<b>Total: 100% (37)</b>			

Tabela 16 – Distribuição do sexo dos participantes por resposta à questão 3 da parte C do questionário

<b>Sexo</b>	<b>Discordo</b>	<b>Não discordo/ nem concordo</b>	<b>Concordo</b>
<b>Rapariga</b>	43,2% (16)	5,4% (2)	0
<b>Rapaz</b>	24,3% (9)	8,1% (3)	13,6% (5)
<b>Total: 100% (37)</b>			

Tabela 17 – Distribuição do sexo dos participantes por resposta à questão 8 da parte C do questionário

Quando questionados se só existe relação sexual quando existe penetração, 13,5% os inquiridos concordaram e 21,6% responderam «não discordo nem concordo». Relativamente à ES nas escolas, 16,2% consideraram que a mesma leva a que os jovens tenham comportamento sexuais precoces. No último ponto, 10,8% dos alunos concordaram que o facto dos amigos já terem tido relações sexuais é uma boa razão para se iniciar a vida sexual. Se tivermos em consideração a percentagem de «não discordo nem concordo» (24,3%), estes dados tornam-se bastante significativos.

#### Parte D – Afetividade (Escala de Afetos Positivos e Negativos – Galinha & Ribeiro, 2005)

Na parte D do questionário, que trata a afetividade através da escala PANAS, foram agrupadas as respostas em três categorias, das cinco iniciais. Isto é, as duas opções de «nada ou muito ligeiramente» e «um pouco» foram agrupadas, assim como as duas de «bastante» e «extremamente», e a «moderadamente» foi mantida. Os afetos positivos e negativos também foram agrupados para providenciar uma ideia geral dos sentimentos e emoções dos inquiridos. Os resultados estão organizados no apêndice XIX.

Após análise desta escala, é de salientar a percentagem elevada de alunos que referiram sentir-se bastante ou extremamente nervosos ou com remorsos

relativamente às suas experiências sexuais dos últimos 12 meses. Paralelamente, os afetos positivos têm uma expressão percentual relativamente baixa na opção «bastante ou extremamente».

#### Parte E – Questões de resposta aberta para completar com duas palavras

Na última parte do questionário, foi solicitado aos alunos que, com duas palavras, completassem as frases: «para mim a sexualidade é...» e «para mim, os afetos (beijar, elogiar o outro) numa relação amorosa são...». Dos 37 questionários válidos, 5 não completaram a frase relativa à sexualidade e 6 não responderam sobre os afetos, ou responderam parcialmente. Os apêndices XX e XXI encontram-se agrupados segundo o dicionário de sinónimos construído para facilitar a análise (tabela 18). É necessário proceder a análise de conteúdo, cuja estratégia serve para identificar um conjunto de características essenciais à significação ou à definição de um conceito (Fortin, 1996).

Adjetivos	Sinónimos	Questionários com respostas válidas
Necessário	Essencial, indispensável, indiscutível, tudo, fundamental, obrigatório	8, 9, 17, 18, 21, 22, 23, 24, 29, 30, 31, 33, 36, 39, 41
Agradável	Bom, acolhedor, interessante	
Importante	Sério, relevante	
Amor	Afetividade, abraçar, elogiar, intimidade, manifestações de amor, a base de uma boa relação	
Informação	Noção, descoberta	
Secundários	Não são necessários	

Tabela 18 – Dicionário de sinónimos

Para descreverem o que é, para os próprios, a sexualidade, os inquiridos escolheram a palavra «amor» (22,8%), seguido de «importante» (17,6%) e «necessário» (12,3%). Sobre os afetos, os alunos optaram por escrever que estes são «importantes» (41,1%), seguido de «necessários» (35,7%) e «agradáveis» (8,9%).

A longo de todo o questionário, foram encontradas correlações de *Spearman*, positivas e negativas, estatisticamente significativas. Verificou-se que:

- Existe uma correlação estatisticamente significativa e positiva entre ter tido um relacionamento amoroso e ter tido relações sexuais ( $\rho$  ,618;  $p < 0,01$ ;  $n=37$ );
- Existe uma correlação significativa positiva entre a escolaridade do pai e a escolaridade da mãe ( $\rho$  ,545;  $p < 0,01$ ;  $n=37$ );
- Os afetos negativos têm correlações estatisticamente significativas positivas entre si;
- Os afetos positivos têm correlações significativas positivas entre si.

Após análise dos dados apresentados, foram selecionados os seguintes diagnósticos de situação de saúde:

➤ **Métodos contraceptivos e IST**

30,8% dos alunos não utilizaram método contraceptivo na primeira relação sexual não dando justificação específica, ou seja, houve o risco de gravidez não planeada e de IST. Ademais, 13,5% dos inquiridos concordaram que só existe relação sexual quando existe penetração, o que pode significar exposição a IST.

➤ **Interação no namoro**

18,9% concordaram que quando as raparigas dizem «não», na verdade querem dizer «sim», transmitindo crenças preocupantes relativamente à definição de consentimento. Para além disso, 21,6% dos inquiridos consideraram normal fazer ciúmes numa relação de namoro, sendo que a percentagem mais relevante é nos rapazes. Este dado revela que algumas ideias relativamente a relações interpessoais saudáveis possam estar alteradas.

➤ **Pressões de grupo sobre comportamento sexual**

16,2% dos inquiridos consideraram que a ES nas escolas leva a que os jovens tenham comportamentos sexuais precoces, demonstrando que alguns dos participantes detêm noções alteradas do que representa o acesso à informação. Em adição, 10,8% dos participantes concordaram que o facto dos amigos já terem tido relações sexuais é uma boa razão para se iniciar a vida sexual, manifestando convicções sensíveis às pressões de grupo no processo de tomada de decisão sobre a sua vida sexual.

## **2.5 - Diagnósticos de Enfermagem**

Tendo por base a CIPE®, foram selecionados os seguintes diagnósticos de enfermagem, com base no diagnóstico de situação de saúde identificado anteriormente:

- **Baixa autoeficácia na responsabilidade em usar método contraceptivo;**
- **Crença relativa a relações interpessoais saudáveis comprometida;**
- **Processo de tomada de decisão sobre comportamentos numa sexualidade saudável comprometido.**

Considera-se, nesta etapa do Planeamento em Saúde, que foi estabelecida uma avaliação do estado de saúde desta comunidade estudantil.

### 3 - DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

Esta etapa do planeamento, pretende hierarquizar os problemas encontrados para, seguidamente, se proceder à fixação de objetivos (Imperatori, E., Giraldes, M., 1986).

Para definir prioridades, deve ter-se em consideração o tempo e os recursos disponíveis, assim como o facto de ser impossível satisfazer as necessidades de todos (Imperatori, E., Giraldes, M., 1986). Pode considerar-se, neste caso, que o plano é de curto prazo e que a intervenção será a nível local, logo, os recursos são limitados ao mesmo.

Foi utilizado o Método de Hanlon para hierarquizar os problemas encontrados.

(A) Amplitude do problema (0 a 10)	(B) Gravidade do problema	(C) Eficácia da solução	(D) Exequibilidade da intervenção (PEARL)
2: 0% a 20%	4: pouco grave	0,5: difícil solução	0: não exequível
4: 21% a 40%	7: gravidade média	1: solução razoável	1: exequível
6: 41% a 60%	10: muito grave	1: solução fácil	
8: 61% a 80%			
10: 81% a 100%			

Tabela 19 – Critérios Método Hanlon

Critérios do método	A	B	C	D	(A + B) CxD
Baixa autoeficácia na responsabilidade em usar método contraceptivo	4	10	0,5	1	7
Crença relativa a relações interpessoais saudáveis comprometida	4	10	1	1	14
Processo de tomada de decisão sobre comportamentos numa sexualidade saudável comprometido	4	7	1	1	11

Tabela 20 – Aplicação do Método Hanlon aos diagnósticos de enfermagem

Após aplicação do método Hanlon, optou-se por intervir nos dois problemas com maior pontuação. O problema identificado com menor pontuação não foi abordado devido ao limite de tempo disponível para execução das intervenções.

Assim, foram seleccionados os diagnósticos de enfermagem para intervenção:

1. **Crença relativa a relações interpessoais saudáveis comprometida;**
2. **Processo de tomada de decisão sobre comportamentos numa sexualidade saudável comprometido.**

## 4 - FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

É a elaboração desta etapa que permite avaliar os resultados obtidos após as intervenções (Imperatori, E., Giraldes, M., 1986). Nesta etapa é essencial estabelecer os indicadores de impacto ou de resultado e os indicadores de atividade ou de execução (Imperatori, E., Giraldes, M., 1986). Um indicador de impacto ou de resultado mede a alteração verificada num problema de saúde ou a dimensão atual do problema, enquanto que um indicador de atividade ou de execução mede a atividade que é desenvolvida com vista a atingir um ou mais indicadores de resultado (Imperatori, E., Giraldes, M., 1986).

Abaixo, estão também indicados os objetivos específicos e operacionais, que consistem num *“enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível”* (Imperatori, E., Giraldes, M., p. 48, 1986). Na construção dos objetivos, há a considerar que estes devem ser específicos, mensuráveis, atingíveis, realistas e temporizáveis.

**Diagnóstico de Enfermagem n.º 1:** Crença relativa a relações interpessoais saudáveis comprometida.

**Objetivo Geral:** Promover comportamentos sexuais saudáveis em adolescentes do 11.º ano de uma escola secundária do Seixal, através de uma intervenção de enfermagem comunitária, entre dezembro de 2018 a janeiro de 2019.

### **Objetivos Específicos:**

- Aumentar conhecimentos acerca de crenças associadas a comportamento sexual e namoro (atividade 1);
- Consciencializar os alunos para a problemática da violência de género e estereótipo de género (atividade 2).

### **Objetivos Operacionais:**

- Que pelo menos 70% das respostas dos alunos demonstrem bons conhecimentos relacionados com comportamento sexual e namoro;
- Que pelo menos 80% dos alunos demonstrem satisfação na participação nas sessões.

**Indicadores de resultado:**

- N.º de alunos que demonstrem bons conhecimentos relacionados com comportamento sexual e namoro / n.º de alunos presentes na sessão x 100;
- N.º de alunos que assinalaram estarem satisfeitos com a sua participação na sessão / n.º de alunos presentes na sessão x 100.

**Indicador de atividade:** N.º de sessões realizadas / n.º de sessões programadas x 100.

**Diagnóstico de Enfermagem n.º 2:** Processo de tomada de decisão sobre comportamentos numa sexualidade saudável comprometido.

**Objetivo Geral:** Promover comportamentos sexuais saudáveis em adolescentes do 11.º ano de uma escola secundária do Seixal, através de uma intervenção de enfermagem comunitária, entre dezembro de 2018 a janeiro de 2019.

**Objetivos Específicos:**

- Promover o debate sobre consentimento nas relações interpessoais e sexuais (atividade 2);
- Capacitar os alunos para a tomada de decisão relacionado com comportamentos sexuais (atividade 3).

**Objetivos Operacionais:**

- Que pelo menos 70% dos alunos se manifestem satisfeitos com a compreensão dos direitos sexuais e reprodutivos;
- Que pelo menos 80% dos alunos demonstrem satisfação na participação nas sessões.

**Indicadores de resultado:**

- N.º de alunos que se manifestem satisfeitos com a compreensão dos direitos sexuais e reprodutivos/ n.º de alunos presentes na sessão x 100;
- N.º de alunos que assinalaram estarem satisfeitos com a sua participação na sessão/ n.º de alunos presentes na sessão x 100.

**Indicador de atividade:** N.º de sessões realizadas / n.º de sessões programadas x 100.

## 5 - SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

Nesta etapa, pretende-se conceber, do modo mais detalhado possível, qual o processo mais adequado para reduzir os problemas de saúde que foram definidos como prioritários, para alcançar os objetivos anteriormente fixados (Imperatori, E., Giraldes, M., 1986). Por definição, uma estratégia de saúde é *“um conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo”* (Imperatori, E., Giraldes, M., p. 65, 1986). Esta etapa, obedece às seguintes fases:

- 1) estabelecer critérios de concepção de estratégias;
- 2) enumerar as modificações necessárias;
- 3) esboçar as estratégias potenciais;
- 4) escolher a mais realizável;
- 5) descrever a estratégia;
- 6) estimar os custos;
- 7) avaliar a adequação de recursos futuros;
- 8) rever as estratégias e objetivos (Imperatori, E., Giraldes, M., 1986).

Inicialmente, é necessário fazer uma pesquisa bibliográfica sobre o tema da sexualidade na adolescência, incluindo formas de aprendizagem nesta faixa etária. Uma revisão sistemática da literatura, que foi obtida da revisão *scoping* efetuada, sugere que as intervenções digitais interativas são eficazes para aquisição de conhecimento, podendo contribuir para a educação em saúde sexual nas escolas (Bailey J, Mann S, Wayal S, Hunter R, Free C, Abraham C, et al, 2015).

Foram agendadas reuniões com os parceiros na escola, com vista a articular as atividades do programa de saúde escolar com as da UCC do Seixal, assim como com as sessões programadas para este projeto de intervenção. Nesta etapa, o foco é também melhorar a eficiência dos recursos existentes. Considera-se que esta estratégia cumpre uma das Competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária, pois o que se pretendeu foi integrar programas de saúde de âmbito comunitário, na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde (PNS).



As modificações necessárias para atingir os objetivos passam, essencialmente, pela alteração programática das aulas das turmas envolvidas nas sessões. Neste caso, os professores cederam horas dos seus programas para incluir as sessões e para que as estratégias pudessem ser aplicadas. Selecionaram-se múltiplas estratégias potenciais, entre elas, a promoção da saúde, educação para a saúde e de incentivo à participação.

Carvalho & Carvalho (2006) referem-se à Educação para a Saúde (EpS) como parte do processo de educação comunitária, na qual os profissionais de saúde desempenham uma fatia do grande bolo educativo, não assumindo serem os únicos atores nesse processo. Uma definição do conceito de EpS, mais atual e bem aceite, refere que, a *“Educação para a Saúde é toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença [...] produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar [...] pode ainda conduzir a mudanças de comportamento”* (Tones e Tilford, 1994 citados por Carvalho & Carvalho, 2006, p.21). Esta estratégia deve ter em conta o grupo a que se destina, considerando as suas necessidades, autonomia e liberdade (Carvalho & Carvalho, 2006).

A PS é mais abrangente do que a EpS, que constitui um dos instrumentos mais eficazes que contribuir para o processo de PS (Carvalho & Carvalho, 2006). Como já foi abordado anteriormente, a PS foi definida na 1.<sup>a</sup> Conferência Internacional para a Promoção da Saúde, em 1986, como *“um processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar”*<sup>8</sup>. O MPS de Nola Pender, abordado no capítulo 1, é uma tentativa de descrever a natureza multidimensional das pessoas que interagem com os seus ambientes interpessoais e físicos à medida que procuram a saúde. Ao contrário dos modelos preventivos, este modelo não inclui o “medo” ou a “ameaça” como forma de motivação para atingir comportamentos de saúde.

A escolha destas estratégias vai de encontro ao Referencial de Educação para a Saúde (DGE, 2017), que preconiza a Promoção e Educação para a Saúde em meio escolar como um processo contínuo que visa o desenvolvimento de competências das crianças e dos jovens, permitindo-lhes confrontarem-se positivamente consigo

---

<sup>8</sup> Direção-Geral da Saúde (2019). A Promoção da Saúde - A Carta de Ottawa. Acedido em <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/carta-de-otawa-1986.aspx> a 31 de janeiro de 2019

próprios, construir um projeto de vida e serem capazes de fazer escolhas individuais, conscientes e responsáveis (DGE, 2017). O mesmo documento refere ainda que *“a promoção da educação para a saúde na escola tem, também, como missão criar ambientes facilitadores dessas escolhas e estimular o espírito crítico para o exercício de uma cidadania ativa”* (DGE, p.6, 2017).

Optou-se por selecionar também a estratégia de incentivo à participação, mais concretamente de uma dinâmica quebra-gelo, adequada à população-alvo, para abordar os temas mais descritivos.

Relativamente aos custos, estes relacionam-se essencialmente com a impressão de cartões (para a atividade 1). A adequação de outros recursos futuros foi planeada com a professora do PES, sendo que os mesmos foram de fácil acesso, nomeadamente, acesso a sala de aula e recursos audiovisuais (computador e projetor).

Considera-se que as estratégias selecionadas e descritas respondem aos objetivos inicialmente propostos.

## 6 - PREPARAÇÃO OPERACIONAL

A preparação operacional pretende conceber o processo mais adequado para reduzir os problemas de saúde prioritários, através da elaboração de estratégias, de preferência, inovadoras e criativas. As estratégias devem ser planeadas e descritas de forma detalhada e pormenorizada (Imperatori, E., Giraldes, M., 1986). A descrição das atividades deve responder aos diagnósticos de enfermagem, desenvolvidos nas etapas anteriores e tendo em conta as características da população-alvo.

De forma a facilitar a compreensão da relação das atividades com o tempo, foi desenvolvido um cronograma de Gantt (apêndice VI).

### **Atividade 1: “*Plickers*”**

O objetivo desta primeira atividade é aumentar conhecimentos acerca de crenças associadas a comportamento sexual e namoro. O plano da sessão encontra-se no apêndice VII.

Através da aplicação *Plickers*, foram selecionadas e modificadas algumas afirmações do questionário aplicado (parte C), mantendo o seu conteúdo. Cada aluno tem um cartão com um número que lhe é atribuído. Após exposição de cada afirmação, os alunos devem escolher entre as opções «concordo» e «discordo», rodando o cartão e levantando-o na posição correspondente à resposta pretendida, de modo a ser feita a leitura da mesma, através de um *smartphone*. Após cada votação, são revelados os resultados do grupo, e é solicitada a partilha de opiniões, experiências e ideias entre todos. Foi feita uma consideração final, em cada afirmação e após o diálogo, sobre as crenças que estão inerentes a cada afirmação, na tentativa de eliminar ideias que pudessem prejudicar a vivência de uma sexualidade saudável.

### **Atividade 2: “Debate noticiário e animação em vídeo”**

Os objetivos desta atividade foram consciencializar os alunos para a problemática da violência de género e estereótipo de género, assim como promover o debate sobre consentimento nas suas relações interpessoais e sexuais. O plano da sessão encontra-se no apêndice VII. Para atingir estes objetivos, foi selecionada uma notícia divulgada na comunicação social em Portugal<sup>9</sup>, de forma a lançar o debate e a dar início à troca de ideias entre os participantes. Após o debate, foi transmitida uma

---

<sup>9</sup> TVI24 (2018). Relação do Porto fala em "sedução mútua" sobre violação de jovem inconsciente. Acedido em <https://bit.ly/2vdmJi9> a 16 de abril de 2019

animação em vídeo<sup>10</sup>, que abordava uma das questões trazidas pela notícia, relacionada com comportamento sexual e consentimento.

### **Atividade 3 “Quem quer ser Presidente?”:**

O objetivo da terceira e última sessão, foi capacitar os alunos para a tomada de decisão relacionada com comportamentos sexuais, através da exposição dos itens da Carta dos Direitos Sexuais e Reprodutivos. O plano da sessão encontra-se no apêndice VII.

Para alcançar o objetivo, foi feita uma dinâmica de grupo, de forma a incentivar a participação, que funcionou como uma estratégia de quebra-gelo. A dinâmica de grupo foi feita com todos os participantes sentados nas cadeiras, dispostos em formato circular. De seguida, foram nomeados três membros, cada um ocupando uma posição de presidente, vice-presidente e tesoureiro. Os outros participantes foram identificados com um número, no sentido dos ponteiros do relógio.

A dinâmica consiste num jogo em que o presidente se identifica ao bater de palmas e, após se identificar, chama um número, batendo com as mãos nas pernas ao mesmo tempo. O jogo deve ser rápido e perceptível para todos, e a chamada deve ser sincronizada com as palmas. O número chamado deve estar atento e fazer o mesmo: identificar-se pelo número que lhe foi atribuído, batendo palmas e, imediatamente, chamar outro número, ou um dos três membros principais, enquanto bate com as mãos nas pernas. Os participantes devem evitar quebrar a sequência de jogo, para alcançarem o cargo de presidente. O primeiro a quebrar a sequência lê uma das declarações dos Direitos Sexuais e Reprodutivos, apresentada em simultâneo em diapositivos de Power Point® (apêndice XXII), expostos no quadro ao lado dos diapositivos. De seguida, a mesma pessoa identifica a que direito corresponde essa declaração. Sucessivamente, cada participante que comete um erro na sequência do jogo, lê e identifica o direito correspondente à declaração exposta, e faz um breve comentário.

---

<sup>10</sup> Blue Sit Studios (2015). Tea Consent [vídeo]. Acedido em <https://bit.ly/2GhAlde> a 11 de abril de 2019

## 7 - AVALIAÇÃO

Na etapa final pretende comparar-se o progresso alcançado, através das atividades, com a situação inicial, assim como com os objetivos e metas marcadas (Imperatori, E., Giraldes, M., 1986). Este é, portanto, um processo contínuo.

Adicionalmente, pretende-se *“melhorar os programas e orientar a distribuição dos recursos a partir das informações dadas pela experiência; e não só justificar actividades já realizadas ou identificar insuficiências como frequentemente acontece”* (Imperatori, E., Giraldes, M., 1986, p. 127).

Assim, importa referir que o cronograma desenvolvido inicialmente, sofreu alguns adiamentos relativos aos procedimentos éticos e à articulação com os professores da escola.

Para os objetivos específicos «aumentar conhecimentos acerca de crenças associadas a comportamento sexual e namoro» e «consciencializar os alunos para a problemática da violência de género e estereótipo de género» foram estabelecidas as metas «que pelo menos 70% dos alunos demonstrassem bons conhecimentos relacionados com comportamento sexual e namoro» e «que pelo menos 80% dos alunos demonstrem satisfação na participação nas sessões.», respetivamente. De forma a ser possível avaliar estes objetivos, foi aplicada a parte C do questionário (QACSES) e um questionário de satisfação.

Para os objetivos específicos «promover o debate sobre consentimento nas suas relações interpessoais e sexuais» e «capacitar os alunos para a tomada de decisão relacionado com comportamentos sexuais», foram estabelecidas as metas «que pelo menos 70% dos alunos se manifestem satisfeitos com a compreensão dos direitos sexuais e reprodutivos» e «que pelo menos 80% dos alunos demonstrem satisfação na participação nas sessões». De forma a ser possível avaliar estes objetivos, foi aplicado um questionário de satisfação.

O QACSES e o questionário de satisfação foram aplicados nos dias 7 e 8 de fevereiro de 2019, às duas turmas que constituem a amostra. Obteve-se 36 QACSES válidos e 32 questionários de satisfação válidos. A tabela seguinte mostra os resultados do QACSES obtidos antes das atividades, ou seja, num primeiro tempo (1.º T), comparativamente aos resultados obtidos após as mesmas, na etapa da avaliação, num segundo tempo (2.º T).

	<b>Discordo (1.º T)</b>	<b>Discordo (2.º T)</b>	<b>ND/NC (1.º T)</b>	<b>ND/NC (2.º T)</b>	<b>Concordo (1.º T)</b>	<b>Concordo (2.º T)</b>
1. Quando as raparigas dizem “não” na verdade querem dizer “sim”	73	77,8	13,6	19,4	13,6	2,8
2. Ter controlo sobre o comportamento do outro é normal nas relações de namoro	70,3	72,2	24,3	19,4	5,4	8,3
3. Fazer ciúmes é normal nas relações de namoro	62,2	72,2	16,2	19,4	21,6	8,3
4. Prevenir a gravidez é da responsabilidade das raparigas	91,9	88,8	5,4	5,6	2,7	5,6
5. Quando se usa a pílula não é preciso usar preservativo	83,8	83,4	8,1	11,1	8,1	5,6
6. Fica mal às raparigas andarem com preservativos na carteira	86,5	91,7	10,9	2,8	2,7	5,6
7. A masturbação é só para homens	81,1	91,6	19	5,6	0	2,8
8. A forma como as raparigas se vestem diz muito do que elas esperam dos homens	73	69,5	13,6	19,4	13,6	11,1
9. Só existe relação sexual quando existe penetração	64,9	86,2	21,6	8,3	13,6	5,6
10. Vigiar o telemóvel é normal quando se gosta de alguém	83,8	86,1	10,9	13,9	5,4	0
11. Raparigas que tomam iniciativa num encontro amoroso não devem ser levadas a sério	89,2	94,4	10,9	5,6	0	0
12. A Educação Sexual nas escolas leva a que os jovens tenham comportamentos sexuais precoces	59,5	66,6	24,3	25	16,2	8,4
13. Com a idade perde-se o interesse pelo sexo	64,9	75	27	25	8,1	0
14. É importante numa relação amorosa a existência de atração sexual	10,9	8,3	10,9	0	78,4	91,7
15. É importante numa relação amorosa a existência de compromisso	0	0	5,4	5,6	94,6	94,4
16. A partilha de emoções e sentimentos é importante numa relação amorosa	0	0	2,7	0	97,3	100
17. O facto de os amigos já terem tido relações sexuais é uma boa razão para se iniciar a vida sexual	64,8	80,6	24,3	19,4	10,8	0
	<b>Total: 100% (37) (1.º T); 100% (36) (2.º T)</b>					

Tabela 21 - Resultados QACSES antes e após atividades

De uma forma geral, os resultados mostram que houve uma melhoria dos conhecimentos relacionados com comportamento sexual e namoro. Assim, relativamente aos objetivos «aumentar conhecimentos acerca de crenças associadas a comportamento sexual e namoro» e «consciencializar os alunos para a problemática

da violência de gênero e estereótipo de gênero», considera-se que a meta «que pelo menos 70% das respostas dos alunos demonstrem bons conhecimentos relacionados com comportamento sexual e namoro» foi parcialmente atingida. Nas afirmações 4, 5 e 8 houve uma alteração ligeira no padrão das respostas, contrariamente ao que era esperado. Contudo, em quase todas as outras afirmações, os resultados avançaram num caminho positivo, com percentagens acima dos 70% na seleção das opções «concordo» ou «discordo» que mais se adequavam à afirmação. Outra exceção foi a afirmação n.º 12, que obteve 66,6% na opção «discordo», percentagem superior ao resultado antes das atividades, mas, ainda assim, abaixo da meta dos 70%.

Relativamente ao questionário de satisfação, dividido por atividades, obteve-se os resultados apresentados no apêndice XXIII.

Assim, tendo em conta os objetivos descritos anteriormente, e relativamente à meta «que pelo menos 80% dos alunos demonstrem satisfação na participação nas sessões» (atividade 1 e 2), considera-se que esta foi atingida (90,7% e 87,5%, respetivamente).

Para os objetivos específicos «promover o debate sobre consentimento nas suas relações interpessoais e sexuais» e «capacitar os alunos para a tomada de decisão relacionado com comportamentos sexuais», correspondentes à atividade 3, considera-se que a meta «que pelo menos 70% dos alunos se manifestem satisfeitos com a compreensão dos direitos sexuais e reprodutivos» foi ultrapassada (90,6%), no entanto, a segunda meta definida «que pelo menos 80% dos alunos demonstrem satisfação na participação nas sessões» não foi atingida (75%).

Considera-se, nesta etapa do Planeamento em Saúde, que houve uma contribuição para o processo de capacitação desta comunidade estudantil.

## 8 - QUESTÕES ÉTICAS

Segundo o artigo 84.º do Código Deontológico dos Enfermeiros, o dever de informar consiste, entre outros aspetos, no “*respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado*” (Ordem dos Enfermeiros, p. 71, 2003). Este artigo fundamenta-se com base no respeito pela autonomia, pela dignidade e pela liberdade da Pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2003). O artigo 85.º remete-nos para o Dever do Sigilo, que obriga: à confidencialidade da informação sobre os destinatários dos cuidados, qualquer que seja a fonte; à partilha de informação segundo critérios como o bem estar, a segurança física, emocional e social dos destinatários dos cuidados; à divulgação da informação confidencial apenas nas situações previstas na lei e recorrendo a aconselhamento deontológico e jurídico; a manter o anonimato em situações de ensino, controlo de qualidade e também em situações de investigação (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

Para que o questionário pudesse ser aplicado, foram solicitadas e concedidas as autorizações dos autores das escalas e da elaboração do questionário (Anexo I). Foi enviado formulário de registo para o Núcleo de Formação e Investigação (NFI) pertencente ao ACES Almada-Seixal, do qual se obteve resposta favorável (Anexo II). Solicitou-se autorização da Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd), à qual foi dado parecer favorável (Anexo III). Foi enviado o protocolo de investigação para a ARSLVT, do qual se obteve parecer final positivo (Anexo IV). Houve parecer favorável do diretor da Escola Secundária Dr. José Afonso, assim como da Coordenadora da UCC do Seixal, Enfermeira Susana Santos (Anexo VI). Iniciou-se o processo de registo na Direção-Geral da Educação (DGE), do qual se obteve também parecer positivo (Anexo VII).

Após aval favorável de todas as entidades acima referidas, foram entregues os documentos para autorização dos encarregados de educação (Apêndice III) e, mais tarde, o consentimento informado aos alunos participantes (Apêndice IV). Os alunos apenas responderam ao questionário após indicação dos diretores de turma.



## CONCLUSÃO

Existe hoje o reconhecimento da necessidade de cuidados de enfermagem especializados, nomeadamente no âmbito dos cuidados de saúde primários, onde a prevenção *versus* tratamento da doença detém um papel absolutamente essencial.

A intervenção na comunidade escolar é, por isso, fundamental do ponto de vista estratégico, na medida em que, tal como preconizado desde a Carta de Ottawa (1986) que enfatiza a promoção da saúde como uma prioridade nas políticas de saúde, as intervenções nestes contextos asseguram que os cidadãos tenham acesso a essas medidas em todo o ciclo de vida.

A intervenção comunitária do presente relatório requereu um planeamento estratégico ao longo de vários meses, e teve como parceiros a UCC do Seixal e a Escola Secundária Dr. José Afonso, no Seixal. Esta parceria surgiu da necessidade de assegurar educação para a saúde nos contextos onde esta pode ser mais eficaz, isto é, nos locais exatos onde as comunidades de interesse estão inseridas.

Tendo como pressuposto os fundamentos teóricos atuais sobre sexualidade humana, e com foco na fase da adolescência assim como na importância da educação para a saúde na aquisição e manutenção de comportamentos sexuais saudáveis, cujas repercussões se manifestam em toda a vida, determinaram-se objetivos para esta intervenção comunitária. O objetivo geral foi promover estilos de vida saudáveis, relacionados com a sexualidade, em adolescentes do 11.º ano da referida escola, entre dezembro de 2018 e fevereiro de 2019. Os objetivos foram desenvolvidos tendo em conta o atual Programa de Saúde Escolar, que integra o PNS, que é o pilar das políticas de saúde em Portugal, cumprindo, desta forma, uma das competências específicas de Enfermagem de Saúde Comunitária.

Na conceção desta intervenção comunitária utilizou-se o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender e a metodologia do Planeamento em Saúde. No cumprimento das etapas da metodologia e com base no modelo descrito, foi possível avaliar o estado de saúde da comunidade em causa e foi dado um contributo para a capacitação do grupo que constituía a amostra, assegurando outras duas competências específicas de Enfermagem de Saúde Comunitária. As atividades desenvolvidas com base em estratégias pré-definidas, permitiram o envolvimento com o grupo estudantil, a interação entre os seus membros e o debate sobre temas e

assuntos analisados como essenciais para aquele grupo, com vista à promoção da saúde.

Em paralelo, o desenvolvimento de competências relacionais, comunicacionais e éticas foram a base para a construção deste projeto de intervenção, sem as quais a sua concretização não seria possível. Ademais, a sua divulgação é, como esperado, fundamental para a disciplina de Enfermagem enquanto corpo de conhecimento, considerando-se um contributo para a Investigação em Enfermagem.

Alguns dos obstáculos encontrados foram do foro pessoal e organizacional, mais concretamente na dificuldade em articular e comunicar com alguns dos professores da escola que lecionavam a população-alvo; o que se atribui a algumas limitações interpessoais e também a limitações relacionadas com o tempo que os professores detêm para as atividades extra programáticas. Os processos relacionados com os procedimentos éticos foram igualmente entendidos como uma limitação, nomeadamente no que diz respeito à obtenção dos consentimentos informados, em tempo útil. Alguns membros facilitadores foram a professora do PES e a enfermeira coordenadora da UCC, que permitiram acelerar o início do projeto e foram o principal elo entre a mestranda e o contexto de intervenção.

Os alunos que constituíram a amostra estiveram sempre disponíveis e participativos; mostraram interesse e demonstraram bons conhecimentos no final das sessões, tendo manifestado satisfação com as mesmas. Os professores que tiveram oportunidade de assistir às sessões também manifestaram interesse e partilharam as suas ideias sobre os temas, realçando a relevância dos mesmos na sociedade atual.

O QACSES foi o instrumento de colheita de dados aplicado no período posterior às intervenções, por forma a avaliar as mesmas. Nos itens dirigidos às crenças associadas ao género e contraceção (pontos 4, 5, 6, 7, 11 e 13), obteve-se, de uma forma geral, percentagens de respostas que indicaram uma mudança no sentido positivo. Quanto aos itens dirigidos às crenças associadas à violência no namoro, género e comportamento sexual (pontos 1, 2, 3, 8, 9, 10, 12 e 17), houve uma mudança positiva nas posições extremas, no entanto, as opiniões de neutralidade aumentaram em quase todos os pontos. Nos itens dirigidos às crenças associadas à relação amorosa (pontos 14, 15, 16), os dados comparativos mostraram que, na generalidade, houve uma mudança positiva.

Assim, pode afirmar-se, de uma forma geral, que os resultados mostraram uma melhoria dos conhecimentos relacionados com comportamento sexual e namoro; houve promoção do debate sobre consentimento nas suas relações interpessoais e sexuais, assim como capacitação dos alunos para a tomada de decisão relacionado com comportamentos sexuais. Como já foi referido, esta conclusão deriva dos dados finais obtidos, em comparação com os dados recolhidos inicialmente, antes da intervenção comunitária. Desta forma, e embora algumas metas tenham sido apenas parcialmente atingidas, considera-se que o objetivo geral proposto inicialmente, foi alcançado.

O motivo pelo qual as metas foram apenas parcialmente atingidas, atribuiu-se ao tempo de estágio disponível. Uma data limite mais extensa poderia permitir mais momentos de intervenção e discussão. Assim, torna-se essencial que a continuidade das intervenções seja assegurada, de modo a garantir uma melhoria contínua dos resultados até níveis ideais e realistas, assim como ações dirigidas aos itens em que se verificou um claro aumento das respostas neutras, pois estas manifestam provavelmente incompreensão ou confusão relativamente a esses fenómenos.

Nesse sentido e, de forma a poder dar continuidade às intervenções, a parceria com a UCC do Seixal é fundamental, pois só assim será possível manter a espiral do Planeamento em Saúde em funcionamento. Esta é uma das implicações positivas para a prática, pois permite obtenção de mais dados, adaptação das estratégias utilizadas, assim como novas metas e objetivos, com vista à continuação da obtenção de ganhos em saúde no futuro desta comunidade. Outro aspeto positivo com impacto na prática clínica, tem que ver com a consciencialização de alguns professores para esta temática. Este facto pode ser facilitador para que, no futuro, seja possível uma colaboração mais eficaz e contínua entre Enfermeiros e Docentes. Para além disto, alguns professores partilharam as suas intenções em replicar, nas suas aulas, algumas das estratégias utilizadas, tornando-se demonstrativo o impacto das intervenções realizadas.

É importante realçar que os resultados apresentados não pretendem inferir qualquer tipo de generalização para outras comunidades ou grupos; os objetivos deste projeto assentavam no conhecimento dos dados e especificidades daquela comunidade em particular, direcionando as estratégias e intervenções para a mesma. Contudo, deve reconhecer-se a utilidade deste projeto para a formação, pois poderá ser uma base de trabalho para projetos semelhantes, em contextos diferentes ou

idênticos, o que se revela importante para o desenvolvimento de competências de pares, nesta área.

No que a esta comunidade em específico diz respeito, seria interessante aprofundar quais as motivações dos alunos para se envolverem em comportamentos potencialmente prejudiciais para a sua saúde sexual. Por exemplo, os motivos da não utilização do preservativo não ficaram claros, porque os alunos foram demasiado vagos e a maioria não respondeu. Um estudo efetuado com 149 alunos entre os 14 e os 19 anos, avaliou a prevalência e o conhecimento do uso do preservativo nas relações sexuais em adolescentes e identificou os motivos que levam ao não uso do mesmo. Uma das opções mais escolhida pelos alunos foi «outros motivos», resposta essa igualmente vaga, contudo, os autores conseguiram identificar eficazmente alguns motivos (Jardim, V., Nominato, L., Ghetti, P., Lauriano, M., Gadêlha, T., Schmith, P,... & Abreu, A., 2013). Será que a nossa amostra apresentaria motivos e percentagens semelhantes a este estudo? E qual deverá ser o âmbito das Intervenções de Enfermagem Comunitária, visto que uma das conclusões do estudo revelou que, as variáveis, «conhecimento» e «uso do preservativo», não são diretamente proporcionais?

Para além disto, poderia ser igualmente relevante desenvolver um projeto direcionado aos docentes, visto que, a adesão a este projeto foi relativamente escassa e, como tal, seria importante obter um entendimento mais objetivo das razões para este posicionamento. Este achado vai de encontro a uma das conclusões de um dos estudos encontrados na revisão *scoping*, que refere precisamente que os estudantes da escola em que o estudo se desenvolveu, necessitavam de mais informação relacionada com saúde sexual, no entanto, não havia colaboração com os professores de saúde escolar (Brewin, D., Koren, A, Morgan B., Shipley, S. & Hardy, R., 2014).

Mesmo em relação à família, percebemos que apenas 20,1% da nossa amostra opta por falar com a família mais próxima (mãe, pai e irmãos) sobre assuntos relacionados com a sexualidade. De facto, um estudo descritivo qualitativo desenvolvido com 22 pais, concluiu que estes têm dificuldade na abordagem da sexualidade e que, quando o fazem, o fazem superficialmente (Nery I., Feitosa J., Sousa A. e Fernandes A., 2015). Este pode ser um ligeiro indício de que a percentagem obtida nesta amostra de adolescentes se deva também a essa dificuldade. Então, qual deve ser a contribuição do Especialista em Enfermagem de

Saúde Comunitária no estreitamento destas relações para que possam favorecer a saúde sexual destes adolescentes?

Em consequência destas questões, poderão surgir outras contribuições, como novos resultados e conclusões, que servem de alavanca para mais Investigação, que é essencial para a manutenção e construção da Enfermagem enquanto corpo de conhecimento.

## REFERÊNCIAS

- Aguiar, P. (2007). *Estatística em Investigação Epidemiológica: SPSS. Guia Prático de Medicina*. Lisboa: Climepsi Editores
- Associação para o Planeamento da Família (2019). Sexualidade. Acedido em <http://www.apf.pt/sexualidade> a 11 de abril de 2019
- Bailey J, Mann S, Wayal S, Hunter R, Free C, Abraham C, et al. (2015). Sexual health promotion for young people delivered via digital media: a scoping review. *Public Health Res*, 3(13). DOI: 10.3310/phr03130
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70
- Blue Sit Studios (2015). Tea Consent [vídeo]. Acedido em <https://bit.ly/2GhAlde> a 11 de abril de 2019
- Brewin, D., Koren, A, Morgan B., Shipley, S. & Hardy, R. (2014). Behind Closed Doors: School Nurses and Sexual Education. *The Journal of School Nursing*. Vol. 30 (1) 31-41
- Buss, P. & Filho, A. (2007). A Saúde e seus Determinantes Sociais. *Revista Saúde Coletiva*, 17(1), 77-93.
- Carrilho, M. (2015). Crianças e Adolescentes em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*. N.º 55. Págs. 53-101. Acedido em <https://bit.ly/2qLyWrA> a 19 de abril de 2018
- Carvalho, A., Carvalho, G. (2006). *Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação*. Loures: Lusociência
- Carvalho, C., Pinheiro, M., Augusto, J. e Vilar, D. (2016). Questionário de Atitudes e Crenças sobre Sexualidade e Educação Sexual (QACSES) para Adolescentes: Estudos de Validação Psicométrica. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*. Vol. 7. Págs. 345-363
- Circular normativa N.º 7. Programa Nacional de Saúde Escolar. *Diário da República* 2.ª série, n.º 110, de 7 de junho de 2006
- Chilton, R., Pearson, M. & Anderson, R. (2015). Health promotion in schools: a scoping review of systematic reviews. *Health Education*, Vol. 115. N.º 3/4. 357-376

Direção-Geral da Educação (2017). *Referencial de Educação para a Saúde*. Lisboa: Ministério da Educação – Direção-Geral da Educação

Direção-Geral da Saúde (2014). *Plano Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde

Direção-Geral da Saúde (2019). A Promoção da Saúde - A Carta de Ottawa. Acedido em <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/carta-de-otawa-1986.aspx> a 31 de janeiro de 2019

Fonseca Victor, J., & de Oliveira Lopes, M., & Barbosa Ximenes, L. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18 (3), 235-240.

Fortin, M. (1996). O Processo de Investigação – da concepção à realização. Loures: Lusociência

Galinha, I., Pereira, C. & Esteves, F. (2014). Versão reduzida da escala portuguesa de afeto positivo e negativo - PANAS-VRP: Análise fatorial confirmatória e invariância temporal. *Psicologia*, 28(1), 50-62. Acedido em <https://bit.ly/2LaBaOR> a 22 de dezembro de 2018

George, F. (2011). Sobre Determinantes da Saúde. In Livros Horizontes. *Histórias de Saúde Pública*. Lisboa: Livros Horizontes

Imperatori, E., Giraldes, M., R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública.

INE (2018). Portal Oficial – Instituto Nacional de Estatística. Acedido em <https://bit.ly/2iQE9te> a 31 dezembro de 2018

Inspeção-Geral da Educação e Ciência (2013). *Avaliação Externa das Escolas Relatório Escola Secundária Dr. José Afonso — Seixal*. Acedido em <http://bit.ly/2F58Gyk> a 20 de maio de 2018

Jardim, V., Nominato, L., Ghetti, P., Lauriano, M., Gadêlha, T., Schmith, P,... & Abreu, A. (2013), O conhecimento e o uso de preservativo por adolescentes: estudo comparativo em uma escola particular e pública. *Revista Científica da Faculdade de Medicina de Campos*. 8 (8-13)

Kar, S. K., Choudhury, A., & Singh, A. P. (2015). Understanding normal development of adolescent sexuality: A bumpy ride. *Journal of Human Reproductive Sciences*. 8(2), 70–74. <http://doi.org/10.4103/0974-1208.158594>

Maroco, J., (2007). *Análise Estatística – Com Utilização do SPSS*. (3.<sup>a</sup> ed). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Merrick, J., Tenenbaum, A. & Omar, H. (2013). Human sexuality and adolescence. *Frontiers in Public Health*. Vol 1.  
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2013.00041>

Nery I., Feitosa J., Sousa A. e Fernandes A. (2015) Approach to sexuality in the dialogue between parents and adolescents. *Acta Paul Enferm*. 28(3), 287-92.  
<http://dx.doi.org/10.1590/19820194201500048>

Ordem dos Enfermeiros (2003). *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública*

PAHO & WHO (2000). *Promotion for Sexual Health Recommendations for Action*. Guatemala

Pender, N., Murdaugh, C. & Parsons, M. (2014a). *Health Promotion in Nursing Practice*. (4.<sup>a</sup> ed.). Harlow: Pearson Education Limited

Pender, N., Murdaugh, C. & Parsons, M. (2014b). *Health Promotion in Nursing Practice*. (7.<sup>a</sup> ed.). New Jersey: Pearson Education, Inc.

Quivy, R. Campenhoudt, L. (1995). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 2.<sup>a</sup> edição. Lisboa. Gradiva.

Regulamento n.º 428/2018. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República 2.ª série*, n.º 135, de 16 de julho de 2018. 19354-19359

SHE (2018). Schools For Health. Acedido em <http://www.schools-for-health.eu/she-network> a 8 de julho de 2018



Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Centro de formação e aperfeiçoamento profissional. Ministério da Saúde.

TVI24 (2018). Relação do Porto fala em "sedução mútua" sobre violação de jovem inconsciente. Acedido em <https://bit.ly/2vdmJi9> a 16 de abril de 2019

UNICEF Portugal (2018). Convenção sobre os Direitos da Criança. Acedido em <https://bit.ly/2L9dJkp> a 11 de julho de 2018

Vosgerau, D., Pocrifka, D. & Simonian, M. (2016). Associação entre a técnica de análise de conteúdo e os ciclos de codificação: possibilidades a partir do software ATLAS.ti. *Revista Ibérica de Sistemas y Tecnologías de Información*. 19(9) 93-106. DOI: 10.17013/risti.19.93–106

WHO (2015). *Sexual health, human rights and the law*. Geneva: WHO Document Production Services

WHO (2018). The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World Acedido em <https://bit.ly/2kxTBh8> a 12 de julho de 2018

Young, H., Burke, L. & Gabhainn, S. (2018). Sexual intercourse, age of initiation and contraception among adolescents in Ireland: findings from the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Ireland study. *BMC Public Health*. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5217-z>

**ANEXOS**

## **Anexo I:**

Questionário “Promoção de uma sexualidade saudável em adolescentes” e  
respetivas autorizações dos autores

## QUESTIONÁRIO

## “Promoção da Sexualidade Saudável em Adolescentes de uma Escola Secundária”

TURMA \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/2018

Este questionário faz parte de um projeto subordinado ao tema “**Saúde Escolar: Promoção da Sexualidade Saudável em Adolescentes de uma Escola Secundária**”. A sua concretização será possível graças à tua colaboração no preenchimento do mesmo de forma espontânea, depois de o leres atentamente. Não existem respostas corretas ou incorretas. O questionário é anónimo e confidencial. Nas afirmações onde existe uma quadricula (|\_|\_|), deves assinalar com uma cruz a alínea que corresponde à tua resposta. Nas questões com um espaço em branco, deves responder de forma clara e legível. Para que o questionário seja válido, pedimos por favor que não deixes nenhuma questão por responder. Agradecemos a tua colaboração.

## PARTE A - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

## A1. Género:

1. |\_|\_| Rapaz
2. |\_|\_| Rapariga

## A2. Idade: \_\_\_\_ anos

## A3. Zona de residência:

1. |\_|\_| Meio rural
2. |\_|\_| Meio urbano

## A4. Vives com os teus pais:

1. |\_|\_| Sim
2. |\_|\_| Não
3. Quem? \_\_\_\_\_

**A5. Escolaridade dos encarregados de educação**

	Pai	Mãe	Outro _____
1. 1.º ciclo (4.º ano)	__	__	__
2. 2.º ciclo (6.º ano)	__	__	__
3. 3.º ciclo (9.º ano)	__	__	__
4. Ensino Secundário	__	__	__
5. Ensino Superior	__	__	__

**A6. Já reprovaste alguma vez?**

1. |\_\_| Sim
2. |\_\_| Não
3. Se sim, quantas vezes? \_\_\_\_\_

**A7. Nos últimos dois anos letivos tiveste educação sexual na escola?**

1. |\_\_| Sim
2. |\_\_| Não

**A8. Se respondeste sim, diz em que disciplinas:**

- |                         |                              |
|-------------------------|------------------------------|
| 1.  __  Português       | 6.  __  Biologia             |
| 2.  __  Filosofia       | 7.  __  Ciências da Natureza |
| 3.  __  História        | 8.  __  Outra                |
| 4.  __  Geografia       |                              |
| 5.  __  Educação Física | Qual? _____                  |

**A9. Se respondeste sim, quais os conteúdos abordados?**

- |  |                            |
|--|----------------------------|
| 1.  __  Adolescência                         | 5.  __  Sexualidade        |
| 2.  __  Reprodução humana                    | 6.  __  Dados estatísticos |
| 3.  __  Métodos contraceptivos               | 7.  __  Outra              |
| 4.  __  Infecções sexualmente transmissíveis | Qual? _____                |

**A10. Qual a importância que atribuis à educação sexual na tua Escola? (assinala uma opção)**

1. ☐ Muito importante
2. ☐ Importante
3. ☐ Pouco importante
4. ☐ Nada importante

**A11.** Como te sentes em relação a todos os assuntos relacionados com a Educação Sexual?  
(assinala uma opção)

1. ☐ Muito informado
2. ☐ Informado
3. ☐ Pouco informado
4. ☐ Nada informado

**A12.** Indica os assuntos que gostarias que fossem abordados/esclarecidos no âmbito da Educação Sexual?

---

---

---

### **PARTE B – INFORMAÇÃO SOBRE SEXUALIDADE**

**B1.** Com quem falas, normalmente, sobre sexualidade (podes assinalar mais do que uma opção)

1. ☐ Amigo(a)
2. ☐ Namorado(a)
3. ☐ Pai
4. ☐ Mãe
5. ☐ Irmão(a)
6. ☐ Professor
7. ☐ Enfermeiro
8. ☐ Outro

Quem? \_\_\_\_\_

**B2.** Que outras fontes utilizas para teres informação sobre sexualidade?

1. ☐ Livros/revistas
2. ☐ Filmes

3. ☐ Internet
4. ☐ Televisão
5. ☐ Experiência Própria
6. ☐ Nenhuma
7. ☐ Outra

Qual? \_\_\_\_\_

**B3. Já tiveste algum relacionamento amoroso?**

1. ☐ Sim, é das coisas mais importantes para mim
2. ☐ Sim, mas não ligo muito
3. ☐ De momento não tenho, mas já tive
4. ☐ Nunca tive

**B4. Alguma vez tiveste relações sexuais?**

1. ☐ Sim
2. ☐ Não (se respondeste que Não, passa para a parte C)

**B5. Se sim, que idade tinhas quando tiveste a primeira relação sexual? \_\_\_\_ anos**

**B6. Na tua primeira vez utilizaste algum método contraceutivo?**

1. ☐ Sim. Qual/Quais? \_\_\_\_\_
2. ☐ Não. Porquê: \_\_\_\_\_

**B7. Se ainda manténs algum relacionamento, continuas a utilizar algum método contraceutivo?**

1. ☐ Sim. Qual/Quais? \_\_\_\_\_
2. ☐ Não. Porquê: \_\_\_\_\_

## PARTE C – SEXUALIDADE

### QUESTIONÁRIO DE ATITUDES E CRENÇAS SOBRE SEXUALIDADE E EDUCAÇÃO SEXUAL (QACSES)

(Carvalho, Pinheiro, Augusto e Vilar, 2016)

Lê, atentamente, as afirmações que se seguem acerca das tuas atitudes e crenças sobre a sexualidade e educação sexual e indica, relativamente a cada uma delas, qual o grau a que correspondem as tuas opiniões, pensamentos ou sentimentos (para cada afirmação assinala com um (X) apenas uma resposta. Lembra-te que não existe respostas certas ou erradas. Marca uma Cruz (X) a frase que está mais de acordo com a tua opinião. Pensa agora nos **ÚLTIMOS SEIS MESES** e responde a todas as perguntas

	Discordo completamente	Discordo	Nem Discordo/Nem concordo	Concordo	Concordo Completamente
1. Quando as raparigas dizem “não” na verdade querem dizer “sim”	1	2	3	4	5
2. Ter controlo sobre o comportamento do outro é normal nas relações de namoro	1	2	3	4	5
3. Fazer ciúmes é normal na relação de namoro	1	2	3	4	5
4. Prevenir a gravidez é da responsabilidade das raparigas	1	2	3	4	5
5. Quando se usa a pílula não é preciso usar preservativo	1	2	3	4	5
6. Fica mal às raparigas andarem com preservativos na carteira	1	2	3	4	5
7. A masturbação é só para homens	1	2	3	4	5
8. A forma como as raparigas se vestem diz muito do que elas esperam dos homens	1	2	3	4	5
9. Só existe relação sexual quando existe penetração	1	2	3	4	5
10. Vigiar o telemóvel é normal quando se gosta de alguém	1	2	3	4	5
11. Raparigas que tomam iniciativa num encontro amoroso não devem ser levadas a sério	1	2	3	4	5
12. A Educação Sexual nas escolas leva a que os jovens tenham comportamentos sexuais precoces	1	2	3	4	5
13. Com a idade perde-se o interesse pelo sexo	1	2	3	4	5
14. É importante numa relação amorosa a existência de atração sexual	1	2	3	4	5
15. É importante numa relação amorosa a existência de compromisso	1	2	3	4	5
16. A partilha de emoções e sentimentos é importante numa relação amorosa	1	2	3	4	5
17. O facto dos amigos já terem tido relações sexuais é uma boa razão para se iniciar a vida sexual	1	2	3	4	5



## PARTE D – AFETIVIDADE

### ESCALA DE AFETOS POSITIVOS E NEGATIVOS - PANAS (Positive and Negative Affect Scale)

(Galinha & Ribeiro, 2005)

Lê, atentamente e marca uma Cruz (X) no 1 se considerares que os sentimentos e emoções foram experienciados nada ou muito ligeiramente por ti; 2 se considerares que os sentimentos e emoções foram experienciados um pouco por ti; 3 se considerares que os sentimentos e emoções foram experienciados moderadamente por ti; 4 se considerares que os sentimentos e emoções foram experienciados extremamente por ti. Pensa na(s) tua(s) experiência(s) de sexualidade nos **ÚLTIMOS 12 MESES** e para cada sentimento e emoção responda com sinceridade, sobre a intensidade com que vivenciaste cada um deles.

	Nada ou muito ligeiramente	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1. Interessado	1	2	3	4	5
2. Perturbado	1	2	3	4	5
3. Excitado	1	2	3	4	5
4. Atormentado	1	2	3	4	5
5. Agradavelmente surpreendido	1	2	3	4	5
6. Culpado	1	2	3	4	5
7. Assustado	1	2	3	4	5
8. Caloroso	1	2	3	4	5
9. Repulsa	1	2	3	4	5
10. Entusiasmado	1	2	3	4	5
11. Orgulhoso	1	2	3	4	5
12. Irritado	1	2	3	4	5
13. Encantado	1	2	3	4	5
14. Remorsos	1	2	3	4	5
15. Inspirado	1	2	3	4	5
16. Nervoso	1	2	3	4	5
17. Determinado	1	2	3	4	5
18. Trémulo	1	2	3	4	5
19. Ativo	1	2	3	4	5
20. Amedrontado	1	2	3	4	5

De seguida colocamos duas frases que deves completar com **duas palavras**

1. Para mim, a sexualidade é \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_

2. Para mim, os afetos (beijar, abraçar, elogiar o outro) numa relação amorosa são

\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_

Obrigado pela tua participação

**Paula Manuela Jorge Diogo** <pmdiogo@esel.pt>

21/04 ☆

para mim, Jose ▾

Cara Enf.<sup>a</sup> Ana Rita Vicente,

agradeço em nome do grupo de Investigação Emoções em Saúde e, nomeadamente, dos elementos envolvidos na construção do Questionário "Sexualidade, Emocionalidade e Responsabilidade", o seu interesse, e congratulo-a pelo estudo que pretende realizar. Tem a nossa autorização para uso deste instrumento e gostaria de a convidar para apresentar os resultados no âmbito de uma Oficina de Investigação que realizamos regularmente.

Além disso, seria muito pertinente se colaborasse num Workshop, atividade que também realizamos regularmente, com o Prof. Edmundo Sousa.

Desejo-lhe o maior sucesso para o seu trabalho.

Com os melhores cumprimentos.

Paula Diogo  
ESEL  
Prof. Adjunto, Doutorada em Enfermagem  
Departamento de Enfermagem da Criança e do Jovem  
Investigadora da ui&de  
E-mail: [pmdiogo@esel.pt](mailto:pmdiogo@esel.pt) <mailto:pmdiogo@esel.pt>

**cristiana carvalho** <CristianaPC@hotmail.com>

6/05 ☆

para mrpinheiro, Maria, Duarte, Sr.<sup>o</sup>, mim, Jose, Susana ▾

Prezada Dra Ana Rita,

No âmbito da sua solicitação para a utilização do *Questionário de Atitudes e Crenças sobre Sexualidade e Educação Sexual (QACSES)* (Carvalho, Pinheiro, Gouveia & Vilar, 2016) venho por meio deste responder-lhe positivamente, permitindo em nome de toda a equipa envolvida na publicação deste instrumento, a utilização do mesmo.

Felicitó-a pelo projeto de intervenção e faço votos de um excelente trabalho.

Se for necessário algo da nossa parte, contacte-nos.

Com os meus melhores cumprimentos,

--

Cristiana Carvalho  
PhD Degree in Educational Sciences  
FPCEUC | CINEICC | Universidade de Coimbra

**José Luís Pais Ribeiro** <jlpr@fpce.up.pt>

9/05 ☆

para mim ▾

Cara colega

Enquanto coautor autorizo o uso da PANAS. No entanto deverá contactar a primeira autora ([igalinha@autonoma.pt](mailto:igalinha@autonoma.pt))

Cordialmente

José Luís Pais Ribeiro  
[jlpr@fpce.up.pt](mailto:jlpr@fpce.up.pt)  
mobile phone: (351) 965045590  
web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2882-8056>  
ResearchGate- [https://www.researchgate.net/profile/Jose\\_Pais-Ribeiro/publications](https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pais-Ribeiro/publications)

**Iolanda Costa Galinha** [igalinha@autonoma.pt](mailto:igalinha@autonoma.pt) através de yahoo.com

9/05 ☆

para mim ▾

Cara Dra. Ana Rita Vicente.

Autorizo a utilização da PANAS e desejo um excelente trabalho aos autores.

Com os meus cumprimentos.

Iolanda Costa Galinha Professora Associada em Psicologia - Universidade Autónoma de Lisboa  
[www.degois.pt/visualizador/curriculum.jsp?key=5057768134630915](http://www.degois.pt/visualizador/curriculum.jsp?key=5057768134630915)

\*\*\*

**Anexo II:**

Autorização do Diretor do ACES Almada-Seixal



**Luis Amaro | ACES Almada-Seixal - Direção Executiva**

14/06 ★



para Susana, mim ▾

Exma Senhora

Enfermeira Ana Rita Vieira Vicente

No âmbito do Projeto de Investigação do curso de Especialização em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), autorizo a implementação e avaliação daquele na UCC Seixal, no período compreendido entre junho de 2018 e março de 2019, assim como a utilização dos resultados para fins académicos e a menção do nome do ACES e da UCC Seixal aquando da apresentação dos resultados.

CMC

*Luis Amaro*

Diretor Executivo

ACES Almada Seixal

[luis.amaro@arslvt.min-saude.pt](mailto:luis.amaro@arslvt.min-saude.pt)

925402674



REPÚBLICA  
PORTUGUESA  
SAÚDE



SNS  
SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE



*Rua Branca Saraiva de Carvalho, Nr. 9 C, 2845-452 Amora | Portugal*

*Tel: 212274216 TLM: 933146854*

[www.arslvt.min-saude.pt](http://www.arslvt.min-saude.pt)

**PENSE ANTES DE IMPRIMIR**

**SNS**  
PROXIMIDADE

Os primeiros passos  
do SNS do futuro  
[www.sns.gov.pt](http://www.sns.gov.pt)

**Anexo III:**

Parecer da Comissão Nacional de Proteção de Dados



### Autorização n.º 5692/ 2018

Ana Rita Vieira Vicente notificou à Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPd) um tratamento de dados pessoais com a finalidade de realizar um Estudo Clínico com Intervenção, denominado Saúde Escolar: Promoção da Sexualidade Saudável em Adolescentes numa Escola Secundária .

Existe justificação específica, validada pela Comissão de Ética Competente (CEC), para o tratamento do dado pessoal raça/etnia.

Existe justificação específica para o tratamento de dados comportamentais, psicológicos ou volitivos, os quais estão diretamente relacionados com a investigação.

O participante é identificado por um código especificamente criado para este estudo, constituído de modo a não permitir a imediata identificação do titular dos dados; designadamente, não são utilizados códigos que coincidam com os números de identificação, iniciais do nome, data de nascimento, número de telefone, ou resultem de uma composição simples desse tipo de dados. A chave da codificação só é conhecida do(s) investigador(es).

É recolhido o consentimento expresso do participante ou do seu representante legal.

A informação é recolhida diretamente do titular.

As eventuais transmissões de informação são efetuadas por referência ao código do participante, sendo, nessa medida, anónimas para o destinatário.

A CNPD já se pronunciou na Deliberação n.º 1704/2015 sobre o enquadramento legal, os fundamentos de legitimidade, os princípios aplicáveis para o correto cumprimento da Lei n.º 67/98, de 26 de outubro, alterada pela Lei n.º 103/2015, de 24 de agosto, doravante LPD, bem como sobre as condições e limites aplicáveis ao tratamento de dados efetuados para a finalidade de investigação clínica.

No caso em apreço, o tratamento objeto da notificação enquadra-se no âmbito daquela deliberação e o responsável declara expressamente que cumpre os limites e condições aplicáveis por força da LPD e da Lei n.º 21/2014, de 16 de abril, alterada



pela Lei n.º 73/2015, de 27 de junho – Lei da Investigação Clínica –, explicitados na Deliberação n.º 1704/2015.

O fundamento de legitimidade é o consentimento do titular.

A informação tratada é recolhida de forma lícita, para finalidade determinada, explícita e legítima e não é excessiva – cf. alíneas a), b) e c) do n.º 1 do artigo 5.º da LPD.

Assim, nos termos das disposições conjugadas do n.º 2 do artigo 7.º, da alínea a) do n.º 1 do artigo 28.º e do artigo 30.º da LPD, bem como do n.º 3 do artigo 1.º e do n.º 9 do artigo 16.º ambos da Lei de Investigação Clínica, com as condições e limites explicitados na Deliberação da CNPD n.º 1704/2015, que aqui se dão por reproduzidos, autoriza-se o presente tratamento de dados pessoais nos seguintes termos:

**Responsável** – Ana Rita Vieira Vicente

**Finalidade** – Estudo Clínico com Intervenção, denominado Saúde Escolar: Promoção da Sexualidade Saudável em Adolescentes numa Escola Secundária

**Categoria de dados pessoais tratados** – Código do participante; idade/data de nascimento; género; raça/etnia; composição do agregado familiar sem identificação dos membros; relativos à vida sexual; comportamentais, psicológicos ou volitivos com conexão com a Investigação

**Exercício do direito de acesso** – Através dos investigadores, presencialmente

**Comunicações, interconexões e fluxos transfronteiriços de dados pessoais identificáveis no destinatário** – Não existem

**Prazo máximo de conservação dos dados** – A chave que produziu o código que permite a identificação indireta do titular dos dados deve ser eliminada 5 anos após o fim do estudo.

Da LPD e da Lei de Investigação Clínica, nos termos e condições fixados na presente Autorização e desenvolvidos na Deliberação da CNPD n.º 1704/2015, resultam





obrigações que o responsável tem de cumprir. Destas deve dar conhecimento a todos os que intervenham no tratamento de dados pessoais.

Lisboa, 24-04-2018

A Presidente

A handwritten signature in black ink, which appears to read 'Filipa Calvão', is positioned below the text 'A Presidente'.

Filipa Calvão

**Anexo IV:**

Parecer intermédio da ARSLVT, resposta e parecer final

### Parecer Intermédio

Proc. 061/CES/INV/2018

**Título: SAÚDE ESCOLAR: PROMOÇÃO DA SEXUALIDADE SAUDÁVEL EM ADOLESCENTES DE UMA ESCOLA SECUNDÁRIA**

**Autora: Ana Rita Vieira Vicente**

**Local de realização: Escola Secundária Dr. José Afonso, no Seixal**

#### **Objetivos gerais:**

- Estabelecer um projeto de intervenção comunitária tendo em conta os problemas identificados;
- Promover estilos de vida saudáveis, contribuindo para o aumento do nível de literacia em saúde da comunidade estudantil;
- Promover a saúde e prevenir a doença, através do desenvolvimento do processo de capacitação da comunidade estudantil.

#### **Objetivos específicos:**

- Identificar e descrever as atitudes sexuais dos estudantes do 10º ano de escolaridade;
- Intervir nos problemas identificados como prioritários, contribuindo para a resolução dos mesmos.

#### **Metodologia**

Será utilizada a Metodologia do Planeamento em Saúde, constituído pelas etapas:

- Diagnóstico da situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução e avaliação. (Imperatori, E., Giraldes, M., 1986)

#### **População e amostra do estudo**

Definiu-se como população as turmas do 10º ano que frequentam uma escola secundária do concelho do Seixal. Desta população, será obtida uma amostra não probabilística, intencional dos alunos que frequentam o 10º Ano de escolaridade da referida escola.

Foram definidos como critérios de inclusão:

- População escolar com idades compreendidas entre os 10 e 19 anos.
- Pessoas que frequentam o 10º Ano da Escola Secundária Dr. José Afonso.
- Pessoas que aceitem participar no estudo.

### Processo de recolha de informação

Foi selecionado como instrumento de colheita de dados uma "Sexualidade, Emocionalidade e Responsabilidade" desenvolvido pela UIDE. Este instrumento é composto por cinco partes:

- Dados sociodemográficos
- Informação sobre sexualidade
- Questionário de atitude e crenças sobre sexualidade e educação sexual (Carvalho, Pinheiro, Augusto e Vilar, 2016)
- Escala de afetos positivos e negativos (Galinha & Ribeiro, 2005)
- Duas questões de resposta aberta sobre sexualidade.

Os formulários serão preenchidos pelos alunos, após assinatura do consentimento informado pelos pais/educadores. Serão codificados e posteriormente os dados serão tratados estatisticamente recorrendo ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®). A informação recolhida será guardada num armário fechado à chave na sala de coordenação, também ela fechada à chave. Após término do trabalho a informação será destruída na presença do Enfermeiro orientador.

### Apreciação:

Trata-se de um estudo que, aparentemente, pretende *identificar e descrever as atitudes sexuais dos estudantes do 10º ano de escolaridade* de uma escola secundária do Seixal e, com base nesse conhecimento, *intervir nos problemas identificados como prioritários, contribuindo para a resolução dos mesmos.*

- Coloco as seguintes questões à proponente:
  - Sendo o universo do estudo constituído pelos alunos do 10º ano (15-16 anos de idade), porque é que está definida no Protocolo uma população de 10 a 19 anos?
  - Quais os critérios para a constituição da referida *amostra probabilística não intencional*? Com que dimensão relativamente à população do estudo?
  - Sobre a recolha de dados, gostaria de ver mais bem explicitado todo o processo previsto, nomeadamente quanto a garantias de segurança e confidencialidade dos inquiridos, e de condições que permitam a máxima fiabilidade das respostas obtidas. Isto, tendo em conta a especial sensibilidade de algumas questões inerentes aos questionários.
  - De acordo com a metodologia, a partir do diagnóstico de situação serão implementadas intervenções sobre os problemas considerados prioritários
    - Já tem alguma ideia de como prosseguirá com esse processo?
    - Que expectativas serão criadas a estes alunos quanto à resolução dos problemas explicitados?
  - Tendo em conta que é um trabalho em que, através de determinadas intervenções, vai ser pretendida uma melhoria dos problemas identificados, como vai ser avaliada essa melhoria?

Propõe-se o envio das objecções à investigadora.

Lisboa, 06 de julho de 2018

Parecer intermédio

Proc. 061/CES/INV/2018

**Título: SAÚDE ESCOLAR: PROMOÇÃO DA SEXUALIDADE SAUDÁVEL EM ADOLESCENTES DE UMA ESCOLA SECUNDÁRIA**

**Respostas às questões colocadas:**

- **Sendo o universo do estudo constituído pelos alunos do 10.º ano (15-16 anos de idade), porque é que está definida no Protocolo uma população de 10 a 19 anos?**

Pretende-se aplicar os questionários aos alunos do 10.º ano, cujas idades maioritariamente oscilam entre os 15-16 anos, contudo, segundo a definição da OMS, adolescentes são pessoas que têm entre 10 e 19 anos de idade. Assim, desde que frequentem o 10.º ano de escolaridade, serão incluídas no estudo todas as pessoas neste intervalo etário (10-19 anos).

- **Quais os critérios para a constituição da referida *amostra probabilística não intencional*? Com que dimensão relativamente à população do estudo?**

No protocolo enviado, pode ler-se, “*amostra não probabilística, intencional*” (p. 4). É marcada no tempo, mais concretamente, no mês de outubro de 2018. Os critérios são: frequentar o 10.º ano de escolaridade da referida escola, ter idade compreendida entre os 10-19 anos e de quem se obtenha o devido consentimento informado livre e esclarecido, assim como as autorizações dos encarregados de educação. Estima-se que a amostra (que cumpra os critérios supracitados), represente cerca de 20% população (adolescentes da referida escola).

- **Sobre a recolha de dados, gostaria de ver mais bem explicitado todo o processo previsto, nomeadamente quanto a garantias de segurança e confidencialidade dos inquiridos, e de condições que permitam a máxima fiabilidade das respostas obtidas. Isto, tendo em conta a especial sensibilidade de algumas questões inerentes aos questionários.**

O processo de recolha de dados não contém itens que permitam identificar os inquiridos. No cabeçalho do questionário está explícito que o mesmo é anónimo e confidencial. Os dados serão trabalhados sob codificação e tratados estatisticamente no programa SPSS®.

Os questionários preenchidos que, de alguma forma, em resultado do processo de preenchimento, identifiquem o inquirido, serão excluídos do estudo e destruídos na presença do Enfermeiro Orientador. Considera-se que a garantia de confidencialidade e proteção dos dados, que será realçada aquando da entrega dos questionários para preenchimento, motivam a respostas honestas, permitindo a máxima fiabilidade dos dados obtidos. Para além disto, não há influência do investigador, visto que os questionários são de autopreenchimento. Após o seu preenchimento, os questionários serão guardados num armário fechado à chave na sala de coordenação, também ela fechada à chave.

- **De acordo com a metodologia, a partir do diagnóstico de situação serão implementadas intervenções sobre os problemas considerados prioritários.**

**♣ Já tem alguma ideia de como prosseguirá com esse processo?**

Será utilizada a metodologia do Planeamento em Saúde, constituído pelas etapas: diagnóstico da situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução e avaliação (Imperatori, E., Giraldes, M., 1986).

Assim, o processo de implementação das intervenções dependerá dos problemas encontrados e das prioridades definidas, tendo em conta os dados recolhidos. O método de priorização ainda não está definido. Em parceria com a UCC do Seixal, no âmbito da Saúde Escolar, e também com o Programa de Educação para a Saúde (PES) da referida escola, será planeado o agendamento de sessões com os alunos, com vista à implementação das intervenções.

**♣ Que expectativas serão criadas a estes alunos quanto à resolução dos problemas explicitados?**

Seria demasiado irrealista e desadequado criar expectativas inacessíveis e utópicas no que diz respeito à resolução dos problemas explicitados. Efetivamente, não é essa a expectativa que se pretende criar. Os alunos serão acompanhados nas sessões programadas e, posteriormente ao término do estudo, continuarão a ter o apoio do programa PES e da equipa de Saúde Escolar da UCC. Foi elaborado um Protocolo de Continuidade para clarificar estas questões (consultar o final deste documento).

- **Tendo em conta que é um trabalho em que, através de determinadas intervenções, vai ser pretendida uma melhoria dos problemas identificados, como vai ser avaliada essa melhoria?**

A avaliação das intervenções será feita através de uma sessão de avaliação dos conhecimentos. Uma vez que as intervenções dependem dos problemas em que se decidir intervir, o método de avaliação também está dependente das análises destes dados. Assim, está planeada a aplicação de parte do questionário utilizado inicialmente. Avaliações a longo prazo, isto é, posteriores ao término do estudo, serão conduzidas pela UCC do Seixal (ver Protocolo de Continuidade).

#### **Quadro 1. Protocolo de Continuidade**

<b>DATA</b>	<b>ETAPA</b>	<b>PRINCIPAIS INTERVENIENTES</b>
1-30 outubro/ 2018	Recolha de dados	Autora do projeto + UCC + PES
Dezembro/ 2018- janeiro/ 2019	Intervenções	Autora do projeto + UCC + PES
Fevereiro-março/ 2019	Avaliação	Autora do projeto + UCC + PES
Outubro/ 2019- janeiro/ 2020	Intervenção	UCC + PES
Fevereiro-março/ 2020	Avaliação	UCC + PES

**Ana Rita V. Vicente**

***Escola Superior de Enfermagem de Lisboa***

Exma. Senhora

Dr.ª Ana Rita Vicente

[ana-vicente@campus.esel.pt](mailto:ana-vicente@campus.esel.pt)

C/C:

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência

Data

8719/CES/2018

18.09.2018

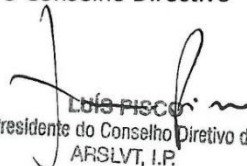
**Assunto: Saúde escolar: promoção da sexualidade saudável em adolescentes de uma escola secundária.**

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projecto mencionado em epígrafe, na sua reunião da secção de investigação, do dia 14.09.2018, tendo sido emitido um parecer favorável.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende estarem reunidas as condições para a concretização deste estudo.

Com os melhores cumprimentos,

O Conselho Directivo  
  
Luís Pisco  
Presidente do Conselho Directivo da  
ARSLVT, I.P.



### Parecer

Proc.061/CES/INV/2018

**Título: saúde escolar: promoção da sexualidade saudável em adolescentes de uma escola secundária**

**Autora:** Ana Rita Vieira Vicente

**Local de realização:** Escola Secundária Dr. José Afonso, no Seixal

#### **Objetivos gerais:**

- Estabelecer um projeto de intervenção comunitária tendo em conta os problemas identificados;
- Promover estilos de vida saudáveis, contribuindo para o aumento do nível de literacia em saúde da comunidade estudantil;
- Promover a saúde e prevenir a doença, através do desenvolvimento do processo de capacitação da comunidade estudantil.

#### **Objetivos específicos:**

- Identificar e descrever as atitudes sexuais dos estudantes do 10º ano de escolaridade;
- Intervir nos problemas identificados como prioritários, contribuindo para a resolução dos mesmos.

#### **Metodologia**

Será utilizada a Metodologia do Planeamento em Saúde, constituído pelas etapas:

- Diagnóstico da situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução e avaliação. (Imperatori, E., Giraldes, M., 1986)

#### **População e amostra do estudo**

Definiu-se como população as turmas do 10º ano que frequentam uma escola secundária do concelho do Seixal. Desta população, será obtida uma amostra não probabilística, intencional dos alunos que frequentam o 10º Ano de escolaridade da referida escola.

Foram definidos como critérios de inclusão:

- População escolar com idades compreendidas entre os 10 e 19 anos.
- Pessoas que frequentam o 10º Ano da Escola Secundária Dr. José Afonso.
- Pessoas que aceitem participar no estudo.

### Processo de recolha de informação

Foi selecionado como instrumento de colheita de dados uma "Sexualidade, Emocionalidade e Responsabilidade" desenvolvido pela UIDE. Este instrumento é composto por cinco partes:

- Dados sociodemográficos
- Informação sobre sexualidade
- Questionário de atitude e crenças sobre sexualidade e educação sexual (Carvalho, Pinheiro, Augusto e Vilar, 2016)
- Escala de afetos positivos e negativos (Galinha & Ribeiro, 2005)
- Duas questões de resposta aberta sobre sexualidade.

Os formulários serão preenchidos pelos alunos, após assinatura do consentimento informado pelos pais/educadores. Serão codificados e posteriormente os dados serão tratados estatisticamente recorrendo ao programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®)*. A informação recolhida será guardada num armário fechado à chave na sala de coordenação, também ela fechada à chave. Após término do trabalho a informação será destruída na presença do Enfermeiro orientador.

### Apreciação:

Trata-se de um estudo que, aparentemente, pretende **identificar e descrever as atitudes sexuais dos estudantes do 10º ano de escolaridade de uma escola secundária do Seixal** e, com base nesse conhecimento, **intervir nos problemas identificados como prioritários, contribuindo para a resolução dos mesmos.**

- Coloco as seguintes questões à proponente:
  - Sendo o universo do estudo constituído pelos alunos do 10º ano (15-16 anos de idade), porque é que está definida no Protocolo uma população de 10 a 19 anos?
  - Quais os critérios para a constituição da referida *amostra probabilística não intencional*? Com que dimensão relativamente à população do estudo?
  - Sobre a recolha de dados, gostaria de ver mais bem explicitado todo o processo previsto, nomeadamente quanto a garantias de segurança e confidencialidade dos inquiridos, e de condições que permitam a máxima fiabilidade das respostas obtidas. Isto, tendo em conta a especial sensibilidade de algumas questões inerentes aos questionários.
  - De acordo com a metodologia, a partir do diagnóstico de situação serão implementadas intervenções sobre os problemas considerados prioritários
    - Já tem alguma ideia de como prosseguirá com esse processo?
    - Que expectativas serão criadas a estes alunos quanto à resolução dos problemas explicitados?
  - Tendo em conta que é um trabalho em que, através de determinadas intervenções, vai ser pretendida uma melhoria dos problemas identificados, como vai ser avaliada essa melhoria?

**Propõe-se o envio das objecções à investigadora.**

Lisboa, 06 de julho de 2018

#### Parecer Final

- A requerente forneceu respostas adequadas à melhor compreensão sobre os objetivos e processo de desenvolvimento do estudo, mostrando receptividade às preocupações manifestadas no Parecer Inicial;
- Trata-se de um trabalho académico, formatado com determinada metodologia, de cujo exercício dependerá o progresso escolar da requerente;
- Tem um âmbito restrito a esse contexto escolar, não pretendendo extrapolações para outros universos, nem prevendo divulgação mais ampla do que a do referido contexto escolar / académico;
- Ficou explícito, nas respostas apresentadas, que se compromete a salvaguardar eventuais riscos ou maleficência suportados pelos indivíduos que vão ser objeto de intervenção através da aplicação de questionários;

Nestas circunstâncias, a Comissão propõe a emissão de um parecer favorável.

Lisboa, 14 de Setembro de 2018

Declaração de conflito de interesses: nada a declarar

**Anexo V:**

Declaração do Professor Orientador do estudo

DECLARAÇÃO DE ORIENTADOR CIENTIFICO E PEDAGÓGICO  
DO 9º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

José Edmundo Xavier Furtado de Sousa, professor adjunto na ESEL, declara, para os devidos efeitos, que se responsabiliza pela orientação do Estágio do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária da Licenciada em Enfermagem Ana Rita Vieira Vicente, que irá desenvolver o projeto subordinado ao tema “Saúde Escolar: Promoção da Sexualidade Saudável em Adolescentes do Ensino Secundário”.

Este projeto de intervenção comunitária decorre no âmbito académico do Estágio na Saúde Escolar da Unidade de Cuidados na Comunidade do Seixal (ACES Almada/Seixal – UCC Seixal) e o contexto escolar será a Escola Secundária Dr. José Afonso.

Declaro concordar e aprovar a metodologia de investigação bem como a aplicação dos instrumentos de recolha de dados utilizados para este projeto.

Serão salvaguardadas todas as responsabilidades éticas e deontológicas. Os dados recolhidos serão tratados de forma a manter o anonimato e a confidencialidade das fontes pelo que se recorrerá a codificação dos questionários.

Lisboa, ESEL, 11 de junho de 2018

Professor Doutor


José Edmundo Xavier Furtado de Sousa

**Anexo VI:**

Autorização da Coordenadora da UCC do Seixal

## **DECLARAÇÃO**

Enfermeira Susana Ermelinda Ferreira dos Santos

Nº CC- 9227841

Membro nº 5-E-27130

Na qualidade de Coordenadora da Unidade de Cuidados da Comunidade do Seixal (ACES Almada – Seixal), declaro que Ana Rita Vieira Vicente, Enfermeira, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem – na Área de Especialização em Saúde Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, a realizar o projeto de intervenção na UCC do Seixal, subordinado ao tema “promoção da sexualidade saudável em adolescentes”, na Escola Secundária Dr. José Afonso, tem autorização para a realização do estudo, e terá todas as condições estruturais e de logística para a sua realização, nomeadamente no que concerne à equipa de investigação a envolver no estudo.

Atenciosamente,

03 de julho de 2018

A Enfermeira Coordenadora,

*Susana Santos*

(Susana Santos)

**Anexo VII:**

Autorização de inquérito em meio escolar (DGE)



#### Dados adicionais

Estado:

Aprovado

Avaliação:

Exmo.(a) Senhor(a) Ana Rita Vieira Vicente

Venho por este meio informar que o pedido de realização de inquérito em meio escolar é autorizado uma vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos, devendo atender-se às observações aduzidas.

Com os melhores cumprimentos

José Vitor Pedroso

Diretor-Geral

DGE

Observações:

a) A realização dos Inquéritos fica sujeita a autorização da Direção do Agrupamento de Escolas do ensino público a contactar para a realização do estudo (Escola Secundária Dr. José Afonso). Merece especial atenção o modo, o momento e condições de aplicação dos instrumentos de recolha de dados em meio escolar, porque muito sensíveis e onerosos, devendo fazer-se em estreita articulação com a Direção do Agrupamento.

b) De acordo com os procedimentos supracitados, dada a natureza especial e muito sensível dos dados pessoais a recolher, estes devem respeitar a essência do direito à proteção dos dados pessoais, prevendo medidas adequadas e específicas para a defesa dos direitos fundamentais e dos interesses do titular dos dados. Para efeitos de tratamento, serão recolhidos dados pessoais relativos a pessoas singulares menores, em especial relacionados com saúde e vida privada, devendo considerar-se a recolha dos devidos consentimentos (informados, específicos e esclarecidos), junto dos titulares dos dados (ou de seus representantes legais) através de declaração escrita, demonstrativa de manifestação de vontade livre, clara e inequívoca, indicando que o titular de dados consente no tratamento dos dados que lhe dizem respeito, os específicos para o presente estudo, quais as finalidades para que são recolhidos e posteriormente tratados, informando-se sobre o exercício do direito de acesso, retificação e apagamento dos dados pessoais, existência ou não de comunicações ou interconexões de dados e qual o prazo de conservação dos dados salvaguardando as condições de segurança dos dados recolhidos para objeto de tratamento. A declaração de consentimento a utilizar deverá ser colocada no início do formulário, devendo este ser consultado pelo titular dos dados e seu representante legal, previamente à recolha do referido consentimento.

c) Informamos, ainda, que a DGE não é competente para autorizar a realização de intervenções educativas/desenvolvimento de projetos e atividades/programas de intervenção/formação, junto de alunos, em meio escolar, dado ser competência da Escola/Agrupamento.

Outras observações:

Sem observações.

**Anexo VIII:**

Autorização do Diretor da Escola Secundária Dr. José Afonso

*Autorizada*  
*Armando*  
15/3/18

Exmo. Senhor Presidente do Conselho Diretivo da Escola Secundária Dr. José Afonso

Professor Armando Pina

Ana Rita Vieira Vicente, licenciada em Enfermagem, mestranda em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, vem por este meio solicitar autorização para desenvolver, na vossa Escola, um projeto de intervenção comunitária.

Este pedido é efetuado no âmbito de um projeto académico desenvolvido na área da Saúde Escolar, que visa uma intervenção junto da comunidade escolar.

Presentemente, o projeto encontra-se na fase de diagnóstico da situação, nomeadamente, na revisão sistemática da literatura (*scoping review*) e na adaptação de questionários e escalas. Caso obtenha consentimento de V. Ex<sup>a</sup>., terá início a elaboração dos procedimentos éticos para as respetivas entidades competentes. A etapa seguinte, que decorrerá durante o próximo ano letivo, consistirá na intervenção junto dos estudantes do 11º ano na promoção de estilos de vida/ comportamentos saudáveis na área da sexualidade. Em anexo a este documento (Anexo I), encontra-se um breve resumo do enquadramento teórico e metodológico, que incorporará o projeto, de forma a justificar a pertinência do tema e a escolha desta faixa etária.

Assim, solicito à direção da Escola um momento de esclarecimento com V. Exa, com vista à discussão destas questões, para o próximo dia 21 de março às 11h00.

Agradeço, desde já, a atenção disponibilizada.

Com os meus melhores cumprimentos,

Ana Rita Vieira Vicente

*Ana Rita*

## **APÊNDICES**

## **Apêndice I:**

*Scoping review e PRISMA 2009 Flow Diagram®*

## LITERATURE REVIEW RESULTS

Source/ Author & Year	Aim	Target group (e.g. ages, number of participants)	Intervention (what was it?) Intervention's duration	Outcome	Instrument/ data collection method (content of the questionnaire)	Other factors measured?	Is it randomized or not?	Results/ findings (summary)
British Journal of Nursing School  Voogd, C.  2014	Os objetivos deste artigo foram descrever e analisar as dificuldades e barreiras encontradas na aplicação da <i>Personal, Social, Health and Economic Education</i> (PSHE) e da <i>Sex and Relationships Education</i> (SRE) e refletir sobre a importância da intervenção dos enfermeiros nesta área.	Não aplicável.	Não aplicável.	Não aplicável.	Pesquisa bibliográfica e entrevista informal.	Não.	Não é um estudo randomizado.	Os enfermeiros de saúde escolar têm um papel importante na PSHE e na SRE. Para superar algumas das barreiras, é necessário enfatizar a importância dos sujeitos com as principais partes interessadas e envolver os decisores políticos. Aumentar o número de educadores e líderes que compreendam o papel da enfermagem na saúde escolar é igualmente importante.

## LITERATURE REVIEW RESULTS

Source/ Author & Year	Aim	Target group (e.g. ages, number of participants)	Intervention (what was it?) Intervention's duration	Outcome	Instrument/ data collection method (content of the questionnaire)	Other factors measured?	Is it randomized or not?	Results/ findings (summary)
<p>The Journal of School Nursing</p> <p>Brewin, D., Koren, A, Morgan B., Shipley, S. &amp; Hardy, R.</p> <p>2014</p>	<p>Os objetivos deste estudo foram explorar como enfermeiros das escolas secundárias de Massachusetts negociavam questões relacionadas com a saúde sexual. Um propósito adicional foi explorar como as escolas e os sistemas comunitários influenciam o papel do enfermeiro na prestação de educação sexual nas suas escolas.</p>	<p>18 enfermeiros entre os 44 e os 68 anos e idade.</p>	<p>Dialogar com os enfermeiros de saúde escolar para definir as suas experiências na transmissão de informação sobre saúde sexual aos estudantes. Não foi fornecida informação sobre a duração da intervenção.</p>	<p>Os enfermeiros não estavam formalmente identificados como um recurso da escola. Descreveram o seu papel como resposta a questões emergentes relacionadas com saúde reprodutiva VS promoção da saúde, e muitos consideram-se fonte confidencial confiável.</p>	<p>Entrevista semiestruturada.</p>	<p>Características da escola e da comunidade; fatores facilitadores, barreiras internas e externas.</p>	<p>Não é um estudo randomizado.</p>	<p>Este estudo revelou que não é fornecida educação sexual formal nas escolas, embora conduzam frequentemente sessões informais. Os enfermeiros reportaram que os estudantes precisam de mais informação relacionada com saúde sexual, no entanto não havia colaboração com os professores de saúde escolar.</p>

## LITERATURE REVIEW RESULTS

Source/ Author & Year	Aim	Target group (e.g. ages, number of participants)	Intervention (what was it?) Intervention's duration	Outcome	Instrument/ data collection method (content of the questionnaire)	Other factors measured?	Is it randomized or not?	Results/ findings (summary)
<p>Revista Científica da Faculdade de Medicina de Campos</p> <p>Jardim, V., Nominato, L., Ghetti, P., Lauriano, M., Gadêlha, T., Schmith, P., ..., &amp; Abreu, A.</p> <p>2013</p>	<p>Avaliar a prevalência e o conhecimento do uso do preservativo nas relações sexuais em adolescentes e identificar os motivos que levam ao não uso do mesmo.</p>	<p>149 alunos entre os 14 e os 19 anos.</p>	<p>Não aplicável.</p>	<p>Observou-se que 96,7% e 96,6% dos alunos das escolas particular e pública, respetivamente, têm conhecimento sobre preservativos. 65% e 67,4% dos alunos das escolas particular e pública, respetivamente, fazem uso frequente do preservativo. O nível socioeconómico parece influenciar o uso do preservativo na primeira relação sexual, mas essa variável não parece ser significativa quanto à continuidade do uso.</p>	<p>Questionário.</p>	<p>Motivos da não utilização do preservativo.</p>	<p>Não é um estudo randomizado.</p>	<p>Conclui-se que as variáveis, conhecimento e uso do preservativo não são diretamente proporcionais.</p>



## LITERATURE REVIEW RESULTS

Source/ Author & Year	Aim	Target group (e.g. ages, number of participants)	Intervention (what was it?) Intervention's duration	Outcome	Instrument/ data collection method (content of the questionnaire)	Other factors measured?	Is it randomized or not?	Results/ findings (summary)
Frontiers and Public Health  Merrick, J., Tenenbaum, A., & Omar, H.  2013	Não aplicável: artigo de opinião.	Não aplicável.	Não aplicável.	Não aplicável.	Pesquisa bibliográfica.	Não.	Não é um estudo randomizado.	O número limitado de ginecologistas especialistas em crianças e adolescentes, no mundo, colocou bastante pressão nos cuidados de saúde primários em ajudar essas crianças e adolescentes que têm várias necessidades nessa área.

## LITERATURE REVIEW RESULTS

Source/ Author & Year	Aim	Target group (e.g. ages, number of participants)	Intervention (what was it?) Intervention's duration	Outcome	Instrument/ data collection method (content of the questionnaire)	Other factors measured?	Is it randomized or not?	Results/ findings (summary)
Acta Paulista Enfermagem  Nery, I., Feitosa, J., Sousa, A., Fernandes, A.  2014	Analisar a abordagem da sexualidade no diálogo entre pais e adolescentes e, descrever como a Enfermagem pode intervir nesse momento.	22 pais.		Pouco diálogo sobre pais e filhos sobre sexualidade; Dificuldade na escolha de tópicos para conversa entre pais e filhos; Dificuldade no aconselhamento dos pais aos filhos.			Não é um estudo randomizado.	Os pais sentem dificuldade na abordagem da sexualidade, fazem-na de forma superficial, de modo que a Enfermagem tem um importante papel na educação sexual de adolescentes na orientação à família e na escola

## LITERATURE REVIEW RESULTS

Source/ Author & Year	Aim	Target group (e.g. ages, number of participants)	Intervention (what was it?) Intervention's duration	Outcome	Instrument/ data collection method (content of the questionnaire)	Other factors measured?	Is it randomized or not?	Results/ findings (summary)
Health Education  Chilton, R., Pearson, M. & Anderson, R.  2015	Os objetivos deste trabalho foram: mapear os diferentes tipos de programas e atividades de promoção da saúde em Escolas e identificar “candidatos a teorias de programas” que comuniquem uma teoria planeada segundo uma revisão sistemática.	Não aplicável.	Não aplicável.	Não aplicável.	Pesquisa bibliográfica.	Não.	Não é um estudo randomizado.	As principais dimensões da conceção e distribuição do programa caíram principalmente sob as seguintes categorias: o problema e faixa etária das crianças alvo, quem distribui o programa e como, e a escala e a base teórica do programa.
Public Health Research  Bailey J., Mann S., Wayal S., Hunter R., Free C., Abraham C. & Murray, E.  2015	Este trabalho pretendeu resumir as evidências sobre eficácia, custo-efetividade e mecanismo de ação de intervenções digitais interativas (IDIs) para a saúde sexual; prática ótima para o	Jovens entre os 13-24 anos do Reino Unido.	Não aplicável.	Existem muitos IDIs para promoção da saúde sexual, mas poucas intervenções abordam questões que são importantes para os jovens, como prazer sexual e relacionamentos.	Pesquisa bibliográfica.	Não	Não é um estudo randomizado.	Os IDIs são eficazes para aquisição de conhecimento e comportamento sexual, e poderiam contribuir para a educação em saúde sexual nas escolas, em contextos clínicos e online; no

## LITERATURE REVIEW RESULTS

Source/ Author & Year	Aim	Target group (e.g. ages, number of participants)	Intervention (what was it?) Intervention's duration	Outcome	Instrument/ data collection method (content of the questionnaire)	Other factors measured?	Is it randomized or not?	Results/ findings (summary)
	desenvolvimento de intervenções; contextos para uma implementação bem-sucedida; métodos de pesquisa para avaliação de intervenção digital; e o potencial futuro da promoção da saúde sexual via <i>media</i> digital.			É vital colaborar com jovens e usar a teoria da mudança de comportamento na concepção de intervenções. Um estudo sugere que os IDIs podem ser tão bons quanto as intervenções face-a-face. Não existem dados sobre a relação custo-eficácia dos IDIs para promoção da saúde sexual. O impacto de um IDI será determinado pela proporção da população abrangida, eficácia da intervenção, adoção num determinado contexto, quão bem ela é fornecida e a sua				entanto, existem obstáculos a ultrapassar, como o acesso à tecnologia da informação e a garantia da qualidade e segurança de intervenções.

## LITERATURE REVIEW RESULTS

Source/ Author & Year	Aim	Target group (e.g. ages, number of participants)	Intervention (what was it?) Intervention's duration	Outcome	Instrument/ data collection method (content of the questionnaire)	Other factors measured?	Is it randomized or not?	Results/ findings (summary)
				sustentabilidade. Todos esses elementos devem ser endereçados para que as IDIs sejam bem- sucedidas.				
Public Health Nursing  Maria, D., Markham, C., Crandall, S., & Guilamo- Ramos, V.  2016	O objetivo do estudo foi executar um teste piloto no impacto da preparação de alunos de enfermagem na implementação de uma intervenção de saúde sexual baseada nos pais, chamado famílias falando juntos (FTT), na preparação dos mesmos para assumir o papel de educadores, particularmente para pais de adolescentes.	31 estudantes de bacharel de uma escola de enfermagem numa grande área metropolitana.	Não aplicável.	Os principais temas foram (1) necessidade de aumento da preparação para a saúde sexual e reprodutiva, (2) necessidade de uma maior experiência e oportunidade para envolvimento em investigação em enfermagem e (3) lacunas na formação em enfermagem de saúde pública focada na família.	Questionário.	Não.	Não é um estudo randomizado.	A mudança para cuidados de saúde primários enquanto sistemas distribuidores de saúde, exigem que os enfermeiros colaborem e trabalhem em contextos comunitários, onde são cada vez mais chamados a fornecer modelos teóricos de cuidados de saúde centrados na família. Reforçar o conhecimento e

## LITERATURE REVIEW RESULTS

Source/ Author & Year	Aim	Target group (e.g. ages, number of participants)	Intervention (what was it?) Intervention's duration	Outcome	Instrument/ data collection method (content of the questionnaire)	Other factors measured?	Is it randomized or not?	Results/ findings (summary)
								as habilidades de estudantes de enfermagem para fornecer aconselhament o sobre saúde sexual aos pais facilita os objetivos da SAHM (Society For Adolescence Health and Medicine) de aumentar as habilidades dos educadores e as iniciativas focadas nos pais em relação à saúde sexual e reprodutiva do adolescente. As descobertas sugerem que envolver estudantes de enfermagem em pesquisa em saúde pública pode ser um modelo eficaz para o

## LITERATURE REVIEW RESULTS

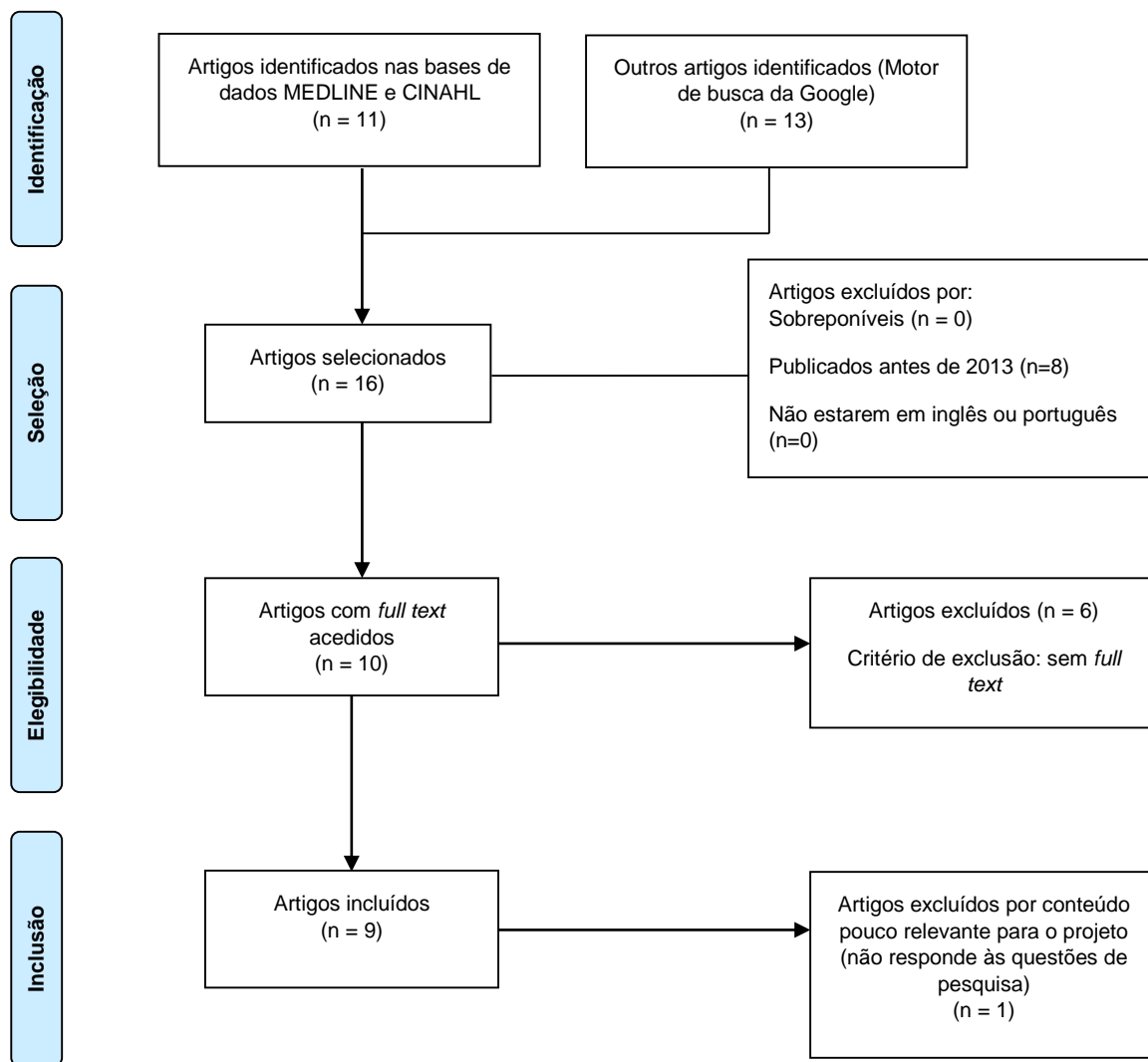
Source/ Author & Year	Aim	Target group (e.g. ages, number of participants)	Intervention (what was it?) Intervention's duration	Outcome	Instrument/ data collection method (content of the questionnaire)	Other factors measured?	Is it randomized or not?	Results/ findings (summary)
								ensino da prática comunitária e conhecimento de pesquisa para preparar futuros enfermeiros cientistas. Os resultados também destacam áreas de crescimento dentro das escolas de enfermagem. Por exemplo, escolas de enfermagem podem introduzir cursos clínicos como: saúde sexual do adolescente, habilidades efetivas de comunicação e ciência da mudança do comportamento.

## LITERATURE REVIEW RESULTS

Source/ Author & Year	Aim	Target group (e.g. ages, number of participants)	Intervention (what was it?) Intervention's duration	Outcome	Instrument/ data collection method (content of the questionnaire)	Other factors measured?	Is it randomized or not?	Results/ findings (summary)
BMC Public Health  Young, H., Burke, L. & Gabhainn, S.  2018	Fornecer os primeiros dados nacionais sobre a saúde sexual e o comportamento dos jovens.	4494 alunos em idade escolar, entre os 15 e os 18 anos.	Não aplicável.	Prevalência da iniciação sexual, iniciação sexual muito precoce (<14 anos) e uso de não- preservativo na última relação sexual.	Questionário.	Não.	Não é um estudo randomizado	Estes resultados de pesquisa representativos em nível nacional destacam a importância de se concentrar nos jovens como um subgrupo populacional distinto, com influências únicas na sua saúde sexual, requerendo intervenções e medidas políticas.



## PRISMA 2009 Flow Diagram



Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit [www.prisma-statement.org](http://www.prisma-statement.org).

**Apêndice II:**  
Cronograma de Atividades

[illegible]

**Apêndice III:**

Autorização preenchida pelos Encarregados de Educação

A ser devolvido ao Diretor de Turma

Exmo. (a) Encarregado de Educação

Chamo-me Ana Rita Vieira Vicente, sou enfermeira a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Neste momento, encontro-me a elaborar um projeto de intervenção comunitária no âmbito da sexualidade, com o objetivo de promover a saúde sexual na adolescência. Este projeto será realizado no plano de ação da saúde escolar, em parceria com a UCC do Seixal.

O diagnóstico de situação de saúde será efetuado por meio de um questionário (confidencial e anónimo) que será preenchido pelos alunos. A implementação do projeto e correspondentes atividades decorrerá durante o primeiro período do ano letivo 2018/2019.

Venho por este meio pedir a sua autorização para que o seu educando colabore neste projeto. Lembro que a vossa colaboração é voluntária e as respostas aos questionários serão tratadas de forma anónima e confidencial.

Grata pela sua disponibilidade.

Atenciosamente e ao seu dispor para esclarecer qualquer dúvida, aguardo resposta.

Ana Rita Vieira Vicente (ana-vicente@campus.esel.pt)

-----

Eu \_\_\_\_\_

encarregado de educação de \_\_\_\_\_

venho por este meio autorizar/não autorizar (riscar o que não interessa) que o meu educando participe no projeto de intervenção comunitária acima referido.

\_\_\_\_\_

Assinatura Encarregado Educação

#### **Apêndice IV:**

Consentimento informado dos participantes

## CONSENTIMENTO INFORMADO

Ana Rita Vieira Vicente, Licenciada em Enfermagem, a frequentar o 9.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa irá desenvolver o projeto Promoção de uma Sexualidade Saudável em Adolescentes: Intervenções de Enfermagem em Saúde Escolar. Este projeto de intervenção comunitária decorre no âmbito do Estágio na Saúde Escolar da Unidade de Cuidados na Comunidade do Seixal (UCC Seixal) / ACES Almada-Seixal. A sua realização está autorizada pela Direção Geral de Educação (DGE) e pelo Conselho Executivo da Escola Secundária Dr. José Afonso (Arrentela).

Para a sua implementação necessitamos de um conjunto de dados compilados através de questionários dos quais pedimos a sua participação no seu preenchimento (tempo previsto de preenchimento cerca de 30 minutos). A sua participação no projeto é de livre vontade, sem quaisquer constrangimentos, da nossa parte, se optar por recusar.

Gostaríamos de referir que os dados recolhidos serão tratados confidencialmente e não será em momento algum identificado mantendo o total anonimato. A informação e os resultados poderão ser apresentados em eventos científicos da área, garantindo o sigilo e o completo anonimato.

Desde já, conto com a sua colaboração para posterior contato e no desenvolvimento deste projeto.

Eu, \_\_\_\_\_, aluno/a \_\_\_\_\_ do  
ano \_\_\_\_\_, da turma \_\_\_\_\_ da Escola Secundária Dr. José Afonso (Arrentela).

☐

**CONSINTO** participar no projeto.

☐

**NÃO CONSINTO** participar no projeto.

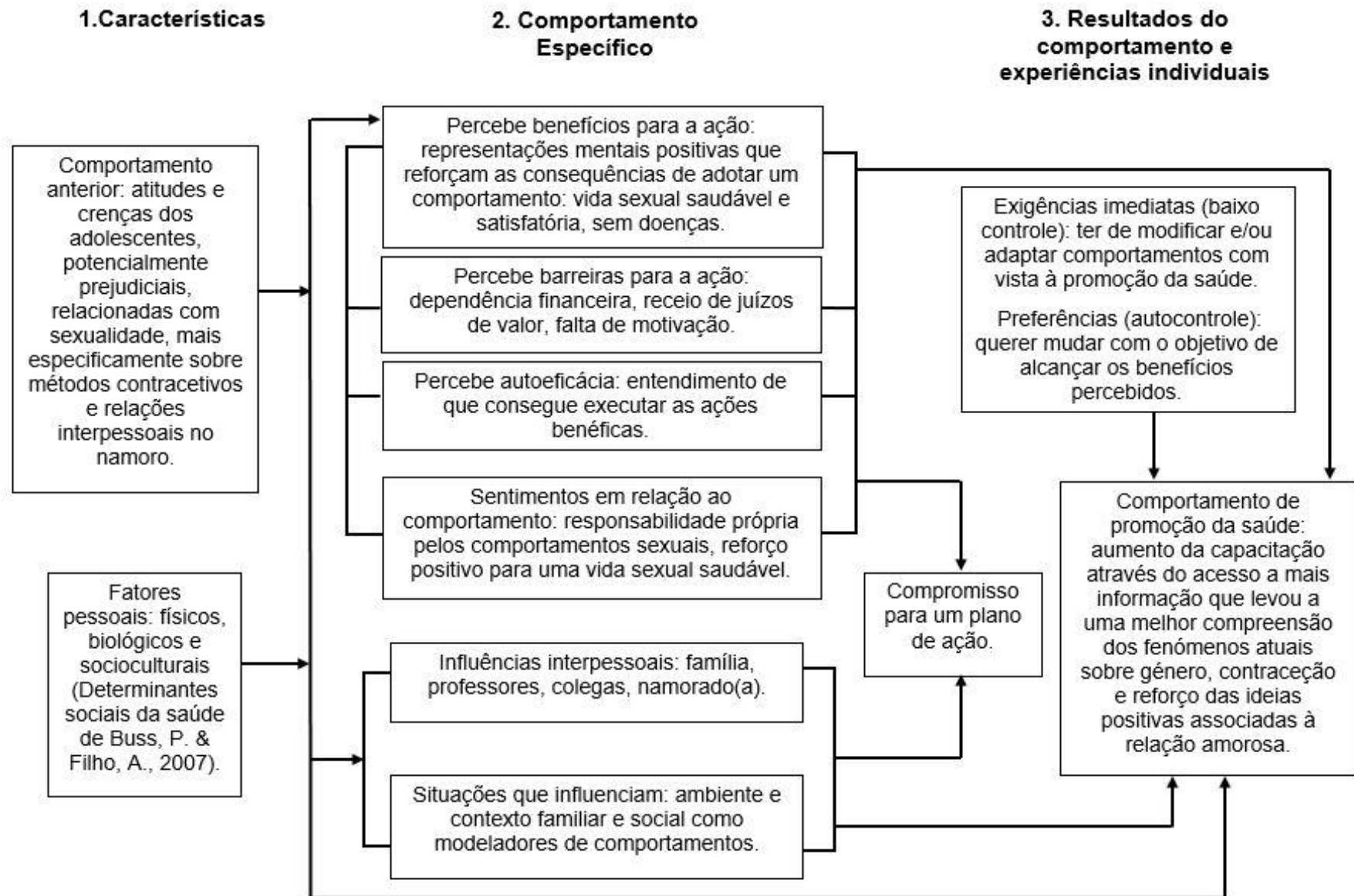
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_

## **Apêndice V:**

Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender – adaptado





**Apêndice VI:**  
Cronograma de Gantt

<b>Atividades</b>	<b>Dezembro 2018</b>	<b>Janeiro 2019</b>
<b>Atividade 1: “<i>Plickers</i>”</b>		
Sessão I		
Sessão II		
<b>Atividade 2: “Debate noticiário e animação em vídeo”</b>		
Sessão I		
Sessão II		
<b>Atividade 3: “Quem quer ser Presidente?”</b>		
Sessão I		
Sessão II		

## **Apêndice VII:**

Plano operacional das atividades

## PLANO OPERACIONAL DAS ATIVIDADES

Amostra de alunos do 11.º Ano

Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender

- **Atividade 1: “*Plickers*”** (dividida em sessão I e II)

**Tema:** Comportamento sexual e namoro

**Local:** Escola Secundária Dr. José Afonso, Sala de aula

**Data:** 6 de dezembro 2018, 12:15 (sessão I) e 15:10 (sessão II)

**Duração:** 60 minutos

**Formadores:** Mestranda

**Finalidade da formação:** Aumento de conhecimentos acerca de crenças associadas a comportamento sexual e namoro

**Objetivo pedagógico geral:** Aumentar conhecimentos acerca de crenças associadas a comportamento sexual e namoro

### Identificação dos objetivos específicos e dos seus domínios

Objetivo Específico	Domínio
Promover a partilha de ideias relacionadas com sexualidade	Participação
Promover a compreensão dos fenómenos relacionados com as crenças sobre sexualidade	Sexualidade

Etapa	Conteúdos	Domínios	Métodos	Técnicas	Recursos	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação da finalidade e objetivos da sessão</li> <li>- Explicação sobre a aplicação <i>Plickers</i></li> </ul>	Cognitivo e psicomotor.	Método expositivo.	Expositiva, gestão da comunicação verbal, gestão de tempo	Alunos e mestrandas. Computador e <i>smartphone</i> com acesso à internet; projetor; cartões <i>Plickers</i> .	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 10 afirmações relacionados com crenças sobre sexualidade e namoro</li> </ul>	Cognitivo, afetivo e psicomotor.	Método expositivo, interrogativo e interativo.	Expositiva: gestão da comunicação verbal, gestão de tempo; interrogativa e interativa: leitura das afirmações projetadas, gestão da aplicação <i>Plickers</i> e da sua utilização por parte dos alunos	Alunos e mestrandas. Computador e <i>smartphone</i> com acesso à internet; projetor; cartões <i>Plickers</i> .	35 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Resumo dos temas abordados no desenvolvimento e principais ideias a destacar do diálogo</li> </ul>	Cognitivo e afetivo.	Método expositivo.	Expositiva, gestão da comunicação verbal, gestão de tempo.	Alunos e mestrandas.	5 min
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- QACSES e questionário de satisfação</li> </ul>	Cognitivo e afetivo.	Método interrogativo.	Aplicação de um questionário.	Alunos, mestrandas e professora. Papel e caneta.	15 min

- **Atividade 2: “Debate noticiário e animação em vídeo” (dividida em sessão I e II)**

**Tema:** Relações interpessoais e sexuais

**Local:** Escola Secundária Dr. José Afonso, Sala de aula

**Data:** 10 de dezembro 2018, 12:15 (sessão I); 11 de dezembro 2018, 15:10 (sessão II)

**Duração:** 60 minutos

**Formadores:** Mestranda

**Finalidade da formação:** Promoção do debate sobre relações interpessoais e sexuais

**Objetivo pedagógico geral:** Promover o debate sobre relações interpessoais e sexuais

#### **Identificação dos objetivos específicos e dos seus domínios**

<b>Objetivo Específico</b>	<b>Domínio</b>
Consciencializar os alunos para a problemática da violência de género e estereótipo de género	Questões de género
Promover o debate sobre relações interpessoais e sexuais	Participação
Discutir ideias relacionadas com a noção de consentimento	Autonomia e liberdade individuais

Etapa	Conteúdos	Domínios	Métodos	Técnicas	Recursos	Tempo
Introdução	- Apresentação da finalidade e objetivos da sessão	Cognitivo e psicomotor.	Método expositivo.	Expositiva, gestão da comunicação verbal, gestão de tempo	Alunos e mestrandas. Computador com acesso à internet; projetor.	5 min
Desenvolvimento	- Notícia de jornal de um membro da comunicação social portuguesa sobre um caso de violência sexual e de género - Animação em vídeo que aborda a noção de consentimento nos relacionamentos interpessoais e sexuais	Cognitivo, afetivo e psicomotor.	Método expositivo, interrogativo e interativo.	Expositiva: gestão da comunicação verbal, gestão de tempo; interrogativa e interativa: leitura da notícia e visualização de vídeo	Alunos e mestrandas. Computador com acesso à internet; projetor.	35 min
Conclusão	- Resumo dos temas abordados no desenvolvimento e principais ideias a destacar do diálogo	Cognitivo e afetivo.	Método expositivo.	Expositiva, gestão da comunicação verbal, gestão de tempo.	Alunos e mestrandas.	5 min
Avaliação	- Questionário de satisfação	Cognitivo e afetivo.	Método interrogativo.	Aplicação de um questionário.	Alunos, mestrandas e professora. Papel e caneta.	15 min



- **Atividade 3: “Quem quer ser Presidente?” (dividida em sessão I e II)**

**Tema:** A tomada de decisão nos relacionamentos sexuais

**Local:** Escola Secundária Dr. José Afonso, Sala de aula

**Data:** 07 de janeiro 2019, 12:15 (sessão I); 15 de janeiro 2019, 15:10 (sessão II)

**Duração:** 60 minutos

**Formadores:** Mestranda

**Finalidade da formação:** Capacitação dos alunos para a tomada de decisão relacionado com comportamentos sexuais

**Objetivo pedagógico geral:** Capacitar os alunos para a tomada de decisão relacionado com comportamentos sexuais

#### **Identificação dos objetivos específicos e dos seus domínios**

<b>Objetivo Específico</b>	<b>Domínio</b>
<b>Promover a partilha de ideias relacionadas com direitos sexuais e reprodutivos</b>	Participação
<b>Descrever os aspetos fundamentais da Carta de Direitos Sexuais e Reprodutivos</b>	Direitos sexuais e reprodutivos

Etapa	Conteúdos	Domínios	Métodos	Técnicas	Recursos	Tempo
Introdução	- Apresentação da finalidade e objetivos da sessão - Explicação da dinâmica quebra-gelo	Cognitivo e psicomotor.	Método expositivo e interativo.	Expositiva, gestão da comunicação verbal e não verbal, gestão de tempo.	Alunos e mestrandas. Computador; projetor.	10 min
Desenvolvimento	- Carta dos Direitos Sexuais e Reprodutivos	Cognitivo, afetivo e psicomotor.	Método expositivo, interrogativo e interativo.	Expositiva: gestão da comunicação verbal e não verbal, gestão de tempo; interrogativa e interativa; dinâmica quebra-gelo “quem quer ser presidente?”.	Alunos e mestrandas. Computador com acesso à internet; projetor.	30 min
Conclusão	- Resumo dos temas abordados no desenvolvimento e principais ideias a destacar do diálogo	Cognitivo e afetivo.	Método expositivo.	Expositiva, gestão da comunicação verbal, gestão de tempo.	Alunos e mestrandas.	5 min
Avaliação	- Questionário de satisfação	Cognitivo e afetivo.	Método interrogativo.	Aplicação de um questionário.	Alunos, mestrandas e professora. Papel e caneta.	15 min

#### **Apêndice VIII:**

Zona residencial dos participantes

Zona de residência	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Rural	0	0
Urbano	37	100
Total	37	100

#### **Apêndice IX:**

Com quem vivem os participantes que não vivem com os pais

Com quem vivem	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Mãe	3	42,8
Mãe e irmão	2	28,6
Mãe e padrasto	1	14,3
Avó e irmã	1	14,3
Total	7	100

## **Apêndice X:**

Distribuição dos participantes pela escolaridade do pai

<b>Escolaridade</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>
<b>Ensino Secundário</b>	12	37,5
<b>Ensino Superior</b>	12	37,5
<b>3.º ciclo (9.º ano)</b>	7	21,9
<b>1.º ciclo (4.º ano)</b>	1	3,1
<b>Total</b>	32	100,0



## **Apêndice XI:**

Distribuição dos participantes pela escolaridade da mãe

<b>Escolaridade</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>
<b>Ensino Secundário</b>	17	45,9
<b>Ensino Superior</b>	14	37,8
<b>3.º ciclo (9.º ano)</b>	5	13,5
<b>2.º ciclo (6.º ano)</b>	1	2,7
<b>Total</b>	37	100,0

## **Apêndice XII:**

Disciplinas em que foram dadas sessões de Educação Sexual

<b>Disciplinas</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>
<b>Biologia</b>	26	37,7
<b>Educação Física</b>	20	29
<b>Ciências da Natureza</b>	17	24,7
<b>Português</b>	2	2,9
<b>OC</b>	2	2,9
<b>Filosofia</b>	1	1,4
<b>Geografia</b>	1	1,4
<b>História</b>	0	0
<b>Total</b>	69	100,0

### **Apêndice XIII:**

Resultados à questão “Já tiveste algum relacionamento amoroso?”

	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>
<b>Sim, é das coisas mais importantes para mim</b>	9	24,3
<b>Sim, mas não ligo muito</b>	2	5,4
<b>De momento não tenho, mas já tive</b>	19	51,4
<b>Nunca tive</b>	7	18,9
<b>Total</b>	37	100,0

#### **Apêndice XIV:**

Resultados à questão “Alguma vez tiveste relações sexuais?”

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
<b>Sim</b>	13	35,1
<b>Não</b>	24	64,9
<b>Total</b>	37	100,0



#### **Apêndice XV:**

Utilização de método contraceptivo na primeira relação sexual

Método contraceptivo	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Sim	9	69,2
Não	4	30,8
Total	13	100

#### **Apêndice XVI:**

Justificações para não utilização de método contraceptivo

<b>Justificações para não utilização de método contraceptivo</b>	<b>Frequência</b>
<b>Sem justificação específica</b>	2
<b>Primeira relação sexual de ambos</b>	1
<b>Total</b>	3

## **Apêndice XVII:**

Manutenção da utilização de método contraceptivo

<b>Manutenção da utilização de MC</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>
<b>Sim</b>	7	70
<b>Não</b>	3	30
<b>Total</b>	10	100,0

**Apêndice XVIII:**  
Resultados QACSES

	<b>Discordo</b>	<b>Não discordo/ nem concordo</b>	<b>Concordo</b>
<b>1. Quando as raparigas dizem “não” na verdade querem dizer “sim”</b>	73% (27)	13,6% (5)	13,6% (5)
<b>2. Ter controlo sobre o comportamento do outro é normal nas relações de namoro</b>	70,3% (26)	24,3% (9)	5,4% (2)
<b>3. Fazer ciúmes é normal nas relações de namoro</b>	62,2% (23)	16,2% (6)	21,6% (8)
<b>4. Prevenir a gravidez é da responsabilidade das raparigas</b>	91,9% (34)	5,4% (2)	2,7% (1)
<b>5. Quando se usa a pílula não é preciso usar preservativo</b>	83,8% (31)	8,1% (3)	8,1% (3)
<b>6. Fica mal às raparigas andarem com preservativos na carteira</b>	86,5% (32)	10,9% (4)	2,7% (1)
<b>7. A masturbação é só para homens</b>	81,1% (30)	19% (7)	0
<b>8. A forma como as raparigas se vestem diz muito do que elas esperam dos homens</b>	73% (27)	13,6% (5)	13,6% (5)
<b>9. Só existe relação sexual quando existe penetração</b>	64,9% (24)	21,6% (8)	13,6% (5)
<b>10. Vigiar o telemóvel é normal quando se gosta de alguém</b>	83,8% (31)	10,9% (4)	5,4% (2)
<b>11. Raparigas que tomam iniciativa num encontro amoroso não devem ser levadas a sério</b>	89,2% (33)	10,9% (4)	0
<b>12. A Educação Sexual nas escolas leva a que os jovens tenham comportamentos sexuais precoces</b>	59,5% (22)	24,3% (9)	16,2% (6)
<b>13. Com a idade perde-se o interesse pelo sexo</b>	64,9% (24)	27% (10)	8,1% (3)
<b>14. É importante numa relação amorosa a existência de atração sexual</b>	10,9% (4)	10,9% (4)	78,4% (29)
<b>15. É importante numa relação amorosa a existência de compromisso</b>	0	5,4% (2)	94,6% (35)
<b>16. A partilha de emoções e sentimentos é importante numa relação amorosa</b>	0	2,7% (1)	97,3% (36)
<b>17. O facto de os amigos já terem tido relações sexuais é uma boa razão para se iniciar a vida sexual</b>	64,8% (24)	24,3% (9)	10,8% (4)
Total: 100% (37)			



**Apêndice XIX:**  
Resultados PANAS

Afetos (%)		Nada, muito ligeiramente ou um pouco	Moderadamente	Bastante ou extremamente
Positivos	Interessado	18,9	29,7	51,3
	Excitado	40,5	35,1	24,3
	Agradavelmente surpreendido	45,9	29,7	24,3
	Caloroso	40,5	29,7	29,7
	Entusiasmado	24,3	40,5	35,1
	Orgulhoso	45,9	27	27
	Encantado	51,3	27	21,6
	Inspirado	48,6	16,2	35,1
	Determinado	43,2	18,9	37,8
	Ativo	43,2	24,3	32,4
Negativos	Perturbado	89,2	10,8	0
	Atormentado	91,9	2,7	5,4
	Culpado	86,5	0	8,1
	Assustado	86,5	5,4	8,1
	Repulsa	83,8	10,8	5,4
	Irritado	64,8	13,5	21,6
	Remorsos	70,3	16,2	13,5
	Nervoso	51,3	13,5	35,1
	Trémulo	77,8	19,4	2,8
	Amedrontado	89,2	5,4	5,4

**Apêndice XX:**

Respostas à questão “Para mim, a sexualidade é...”

<b>Sexualidade é...</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>
<b>Amor</b>	13	22,8
<b>Importante</b>	10	17,6
<b>Necessário</b>	7	12,3
<b>Agradável</b>	6	10,5
<b>Respeito</b>	5	8,8
<b>Sexo</b>	4	7
<b>Confiança</b>	4	7
<b>Normal</b>	3	5,3
<b>Atração</b>	3	5,3
<b>Escolha</b>	1	1,7
<b>Inspiradora</b>	1	1,7
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>100</b>

#### **Apêndice XXI:**

Respostas à questão “Para mim, os afetos são...”

<b>Afetos são...</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>
<b>Importantes</b>	23	41,1
<b>Necessários</b>	20	35,7
<b>Agradáveis</b>	5	8,9
<b>Amor</b>	4	7,1
<b>Normais</b>	2	3,6
<b>Secundários</b>	1	1,8
<b>Saudáveis</b>	1	1,8
<b>Total</b>	56	100,0

**Apêndice XXII:**

Apresentação Power Point®

# Direitos sexuais e reprodutivos

Enfermeira Ana Rita Vicente

Seixal  
Janeiro 2019

*Diapositivo 1*

“Toda a pessoa tem direito à proteção contra quaisquer restrições por motivos de pensamento, crença e religião, no acesso à educação e informação relativas à sua saúde sexual e reprodutiva”.

## ► DIREITO 5

*Diapositivo 2*

“Nenhuma pessoa deve ver a sua vida ameaçada ou em risco por falta de acesso aos serviços de saúde e/ou à informação, conselhos ou serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva”.

## ► DIREITO 1

*Diapositivo 3*

“Toda a pessoa tem direito ao acesso à gama mais ampla possível de métodos seguros, eficazes e aceitáveis de regulação de nascimentos”.

## ► DIREITO 8

*Diapositivo 4*



“Toda a pessoa tem o direito de receber uma educação e informação suficiente, de forma a assegurar que quaisquer decisões relacionadas com a sua saúde sexual e reprodutiva, sejam exercidas com o seu consentimento pleno, livre e informado”.

► DIREITO 6

*Diapositivo 5*

“Toda a pessoa tem direito de associação que visa promover o bem estar em matéria de sexualidade e reprodução, e de influenciar os governos para que a saúde e os direitos nessa matéria sejam uma prioridade dos mesmos”.

► DIREITO 11

*Diapositivo 6*

“Toda a pessoa deve poder beneficiar das novas tecnologias em matéria de saúde reprodutiva seguras e reconhecidas, incluindo as relacionadas com a esterilidade e a contraceção”.

► DIREITO 10

*Diapositivo 7*

“Toda a pessoa tem direito de não estar sujeita ao assédio sexual, ao medo, vergonha, culpa ou outros fatores psicológicos que prejudiquem o seu relacionamento sexual ou resposta sexual”.

► DIREITO 2

*Diapositivo 8*

“Todas as pessoas têm o direito de exprimir a sua orientação sexual, sempre respeitando o bem estar e o direito dos outros”.

► DIREITO 4

*Diapositivo 9*

“Toda a pessoa tem direito à proteção contra a violação, a agressão, o abuso e assédio sexuais”.

► DIREITO 12

*Diapositivo 10*

“Ninguém deve ser discriminado em relação à sua vida sexual e reprodutiva e no acesso aos cuidados de saúde”.

► DIREITO 3

*Diapositivo 11*

“Toda a pessoa tem direito de ser protegida contra a obrigação de se casar sem o seu pleno consentimento e de aceder aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo casos de infertilidade”.

► DIREITO 7

*Diapositivo 12*

“Toda a pessoa tem direito de beneficiar de um gama completa de serviços de saúde sexual e reprodutiva de qualidade, incluindo a informação, o aconselhamento em matéria de gravidez e esterilidade, o acesso a todos os métodos de regulação da natalidade e aos cuidados de saúde sexual e reprodutiva, bem como a continuidade na prestação dos mesmos”.

► DIREITO 9

*Diapositivo 13*

## Referências

- <http://www.apf.pt/sexualidade> acedido a 5 de janeiro de 2019

*Diapositivo 14*

**Apêndice XXIII:**

Resultados do questionário de satisfação

	<b>Atividade 1:</b> Concordo vs discordo (cartões <i>Plickers</i> )		<b>Atividade 2:</b> Notícia e vídeo do chá		<b>Atividade 3:</b> Carta dos direitos sexuais e reprodutivos	
	Insatisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Satisfeito
Interesse pelo tema	15,6%	84,4%	53,1%	46,9%	34,3%	65,7%
Utilidade do tema	25%	75%	6,2%	93,8%	28,2%	71,8%
Compreensão dos assuntos abordados	6,2%	93,8%	9,4%	90,6%	9,4%	90,6%
Clareza da comunicação da formadora	9,4%	90,6%	0	100%	15,6%	84,4%
Duração da sessão	28,2%	71,9%	15,6%	84,4%	25%	75%
Satisfação em participar na sessão	9,3%	90,7%	12,5%	87,5%	25%	75%